МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

Економічний факультет

Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

НА ТЕМУ:

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

Галузь знань: 07 «Управління та адміністрування»
Спеціальність 072 **«ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СПРАВА, СТРАХУВАННЯ ТА ФОНДОВИЙ РИНОК»**
Освітня програма **ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СПРАВА, СТРАХУВАННЯ ТА ФОНДОВИЙ РИНОК**
Освітньо-кваліфікаційний рівень: **другий (магістерський) рівень вищої освіти**

Виконавець:
Олександр МІСЯЧЕНКО
Студент 2 курсу, гр. ЕФ-61

Науковий керівник:
Дар'я ЗАГОРСЬКА
Кандидат економічних наук,
доцент

Кваліфікаційна робота магістра допущена до захисту
рішенням кафедри фінансів, банківської справи та
страхування
Протокол №_____ від «___» _____ 2025 р.
Зав. кафедри _____ проф. Ольга ГЛУЩЕНКО
підпис

Харків 2025

АНОТАЦІЯ

Місяченко О.С. Розвиток медичного страхування та його роль у системі охорони здоров'я в Україні. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота магістра.

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

Робота присвячена дослідженню розвитку медичного страхування та визначенню ролі добровільного медичного страхування в змішаній моделі фінансування охорони здоров'я України. Метою є наукове обґрунтування та розробка комплексу організаційних, правових і цифрових рішень для розвитку добровільного медичного страхування як керованого доповнення до Програми медичних гарантій. Об'єктом дослідження є система фінансування охорони здоров'я України в умовах переходу від бюджетної до змішаної моделі, предметом – організаційно-економічні засади розвитку добровільного медичного страхування та його інтеграції з Програмою медичних гарантій і майбутньою системою обов'язкового медичного страхування. У роботі використано загальнонаукові, економіко-статистичні, порівняльні й структурні методи, а також елементи сценарного прогнозування та системного підходу. Систематизовано теоретичні підходи і міжнародні моделі медичного страхування, проведено оцінку ринку добровільного медичного страхування й нормативно-правового середовища в Україні, здійснено порівняльний аналіз ефективності медичного страхування в Україні та окремих зарубіжних країнах. Наукова новизна полягає в обґрунтуванні ролі добровільного медичного страхування як інтегрованого доповнення Програми медичних гарантій у багатоканальній системі фінансування охорони здоров'я та в удосконаленні підходів до оцінювання розвитку медичного страхування через систему багаторівневих ключових показників ефективності, які відображають динаміку ринку, цифрові інновації й механізми державно-приватного партнерства. Практичне значення результатів полягає в розробленні дорожньої карти інтеграції добровільного медичного страхування з Програмою медичних гарантій і майбутньою системою обов'язкового медичного страхування до 2030 року, а також у пропозиціях щодо регуляторно-фіскальних стимулів, структури страхових продуктів і використання можливостей електронної системи охорони здоров'я, телемедицини та інших цифрових сервісів для підвищення доступності медичної допомоги.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, Програма медичних гарантій, змішана модель фінансування, цифровізація охорони здоров'я.

ABSTRACT

Misiachenko O.S. Development of Medical Insurance and Its Role in the Healthcare System in Ukraine. – Manuscript.

Master's qualification thesis.

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

The thesis is devoted to examining the development of health insurance and to determining the role of voluntary health insurance within the mixed model of health care financing in Ukraine. The purpose is to provide a scientific rationale and to develop a set of organisational, legal and digital solutions for the development of voluntary health insurance as a managed complement to the Programme of Medical Guarantees. The object of the research is the health care financing system of Ukraine in the context of the transition from a predominantly budget-based to a mixed model, while the subject is the organisational and economic foundations for the development of voluntary health insurance and its integration with the Programme of Medical Guarantees and the future system of compulsory health insurance. The study applies general scientific, economic and statistical, comparative and structural methods, as well as elements of scenario forecasting and the systems approach. Theoretical approaches and international models of health insurance are systematised, the market for voluntary health insurance and the regulatory and legal environment in Ukraine are assessed, and a comparative analysis of the effectiveness of health insurance in Ukraine and selected foreign countries is carried out. The scientific novelty lies in substantiating the role of voluntary health insurance as an integrated complement to the Programme of Medical Guarantees in a multi-channel health care financing system and in improving approaches to assessing the development of health insurance by means of a system of multi-level key performance indicators that reflect market dynamics, digital innovations and mechanisms of public–private partnership. The practical significance of the results is the development of a roadmap for the integration of voluntary health insurance with the Programme of Medical Guarantees and the future system of compulsory health insurance by 2030, as well as proposals concerning regulatory and fiscal incentives, the structure of insurance products and the use of the capacities of the electronic health care system, telemedicine and other digital services to improve access to medical care.

Keywords: voluntary medical insurance, Medical Guarantees Program, mixed financing model, healthcare digitalization.

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТА ЕКОНОМІЧНА СУТНІСТЬ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ 9

1.1 Економічна сутність, принципи та функції медичного страхування 9

1.2. Класифікація видів медичного страхування та їх фінансово-економічні механізми 23

1.3. Роль медичного страхування у забезпеченні сталого розвитку системи охорони здоров'я 37

РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА ТА ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СВІТУ 48

2.1. Нормативно-правове регулювання медичного страхування в Україні та світі 48

2.2. Аналітична оцінка структури та сучасного стану розвитку медичного страхування в Україні 57

2.3. Порівняльний аналіз ефективності медичного страхування в Україні та країнах світу 66

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ 74

3.1. Цифровізація і використання інноваційних технологій у сфері медичного страхування в Україні 74

3.2. Прогноз розвитку ринку медичного страхування в Україні 84

3.3. Шляхи удосконалення та перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні 93

ВИСНОВОК 103

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 107

ВСТУП

Сучасна система охорони здоров'я України перебуває в умовах глибокої трансформації, зумовленої поєднанням демографічних викликів, зростанням тягаря хронічних захворювань, воєнними ризиками та обмеженими бюджетними ресурсами. Перехід до змішаної моделі фінансування, у якій поряд із державними гарантіями дедалі важливішу роль відіграють страхові інструменти, актуалізує питання пошуку стійких джерел коштів, підвищення ефективності їх використання та розширення доступу населення до якісних медичних послуг. У цих умовах медичне страхування розглядається як один із ключових механізмів перерозподілу фінансових ризиків, що дозволяє поєднати соціальну спрямованість системи охорони здоров'я з ринковими стимулами до підвищення якості медичної допомоги.

Разом з тим, роль медичного страхування в українській системі охорони здоров'я залишається предметом дискусій як у науковому середовищі, так і на рівні практичної політики. Відкритими є питання оптимального співвідношення між обов'язковими державними програмами та добровільним медичним страхуванням, механізмів інтеграції страхових продуктів з Програмою медичних гарантій, а також інституційних і цифрових умов розвитку ринку державного медичного страхування. Для обґрунтування подальших напрямів удосконалення моделі фінансування охорони здоров'я необхідним є системний аналіз існуючих теоретичних підходів та результатів емпіричних досліджень, що й зумовлює потребу у ґрунтовному огляді наукової літератури за обраною тематикою.

Огляд літератури. У сучасних дослідженнях охорони здоров'я значна увага приділяється ролі медичного страхування та систем фінансування у досягненні загального охоплення послугами та фінансового захисту населення. Автори C. L. Ranabhat, S. P. Acharya та ін., A. Endalamaw, T. M. Mengistu узагальнюють еволюцію концепції UHC, підкреслюючи взаємозв'язок між функціями мобілізації ресурсів, збору внесків і стратегічної закупівлі послуг. Огляди P. Eze, C. J. Idemili та R. Mbau, A. Musiega показують, що ефективність моделей фінансування значною мірою залежить від інституційної

спроможності та механізмів оцінки продуктивності систем. Аналітичні документи ОЕСР щодо оплати послуг, приватних витрат і витрат на охорону здоров'я загалом формують методологічну основу для порівняння систем і оцінки їхнього внеску у справедливість та результативність.

Вагомий внесок у розроблення методів оцінювання ефективності систем охорони здоров'я зробили емпіричні дослідження, що використовують DEA, MCDA та інші кількісні підходи. Так, M. Dlouhý, P. Eze, L. O. Lawani та R. Mbau аналізують відносну ефективність різних систем у контексті руху до UHC, тоді як J. Joo і K. Aytemiz, S. Türkeli порівнюють країни ОЕСР за показниками витрат і тривалості життя. Окремі автори – A. Hajji, J. Kutzin, J. A. Kiendrébéogo, N. Ravishankar – наголошують на важливості узгодженості фінансування з інструментами бюджетного управління та децентралізації. Паралельно розвивається напрямок, пов'язаний із впливом соціального й громадо-орієнтованого страхування на фінансовий захист домогосподарств, що відображено в роботах A. Jamal, S. N. N. T. Odonkor, S. E. Nungo, а також у рекомендаціях щодо оновлення індикатора ЦСР 3.8.2.

Окремий кластер праць стосується цифрової трансформації та застосування інноваційних технологій у медичному страхуванні й фінансуванні охорони здоров'я. A. A. Alkhelb і S. Alshagrawi, A. Bhattacharya, S. Senguptaаналізують можливості й ризики використання штучного інтелекту у страхуванні, включно з автоматизованими рішеннями щодо відшкодування та управління ризиком морального ризику. Дослідники Q. Li, F. Cheng, M. Saigí-Rubió, J. Torrent-Sellens, M. Goeldner і S. Gehder розглядають telehealth, цифрові терапевтичні застосунки та нові моделі оплати дистанційних послуг. Європейські ініціативи щодо створення Європейського простору медичних даних (EHDS) та стандартизації обміну пацієнтськими даними формують правове поле для подальшої інтеграції цифрового здоров'я у страхові схеми.

В українському контексті теоретико-прикладні засади реформування фінансування охорони здоров'я та ролі медичного страхування в системі гарантій медичної допомоги опрацьовуються насамперед українськими дослідниками – Ю. Джигир та К. Майнзюк, Н. Півень, Д. Степанський, К.

Терентій та ін., які аналізують стійкість моделей фінансування, справедливість розподілу ресурсів і можливості розширення страхових механізмів. Юридичні аспекти трансформації системи висвітлено у працях Ю. Качан, Н. Литвин, Н. Шелієміної, Т. Лозинської та співавторів, Н. Овчарової, а також у базових законах про державні фінансові гарантії, страхування та основи законодавства про охорону здоров'я. Вплив повномасштабної війни на стійкість системи, доступ до послуг та фінансовий захист населення досліджують М. Джус, Н. Півень, Д. Степанський та інші українські автори. Ринок страхування та сегмент добровільного медичного страхування в Україні ґрунтовно аналізують Л. Безтелесна, І. Буланцов, О. Добровольська, Н. Шмиголь, С. Коломієць, К. Олійненко, що доповнюється аналітикою регулятора й професійних об'єднань і створює емпіричну базу для оцінки поточного стану та потенціалу розвитку медичного страхування. Узагальнення цих (переважно українських) досліджень засвідчує потребу в комплексних працях, які одночасно враховують міжнародний досвід UHC, цифрову трансформацію та специфіку української системи охорони здоров'я, що й зумовлює напрям подальших розвідок у цій роботі.

Метою дослідження стали наукове обгрунтування та розробка комплексу рішень для розвитку добровільного медичного страхування в Україні.

Для досягнення мети дослідження були визначені такі завдання:

Відповідно до мети були поставлені такі **завдання:**

1. Систематизувати теорію та міжнародні моделі для визначення ролі добровільного медичного страхування як доповнення Програми медичних гарантій.
2. Проаналізувати ринок державного медичного страхування та ключові ризики. Проаналізувати ключові ризики та ринок добровільного медичного страхування
3. Сформувати та аргрументувати регуляторно-фіскальні рішення. в добровільному медичному страхуванні

4. Описати процес та цифрову інтеграцію іновацій у сфері страхування та методи застосування міжнародного досвіду.

5. Визначити KPI та приблизну дорожню карту розвитку державного медичного страхування до 2030 р.

Предмет дослідження: добровільне медичне страхування в Україні як елемент змішаної системи фінансування охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: організаційно-правові, фінансові й цифрові механізми розвитку та інтеграції державного медичного страхування з програмою медичних гарантій, що визначають доступність і якість медичних послуг та стійкість фінансування.

Методи дослідження. У дослідженні використано поєднання загальнонаукових і прикладних **підходів та методів**. На теоретичному рівні застосовано системний підхід, аналіз і синтез для уточнення сутності медичного страхування та ролі державного медичного страхування у змішаному фінансуванні. Аналітичний розділ спирається на економіко-статистичні прийоми і порівняльний аналіз між Україною та іншими країнами; результати подано у таблицях/діаграмах, а висновки – на основі офіційної статистики Національного банку України та профільних індикаторів ринку. Нормативно-правовий блок опрацьовано шляхом огляду та зіставлення чинних актів і практик. Прогноз у розділі 3 побудовано за логікою SWOT із фокусом на якісні траєкторії та набір індикаторів моніторингу до 2030 р.

Інформаційну базу дослідження становлять нормативно-правові акти України у сфері охорони здоров'я та страхування (Конституція України, базові закони про охорону здоров'я, страхування та державні фінансові гарантії, постанови Кабінету Міністрів, накази МОЗ, нормативні документи НБУ та НСЗУ). Використано офіційні статистичні дані Державної служби статистики України, НБУ, НСЗУ, Національної асоціації страховиків України, а також масив показників Світового банку, ВООЗ, ОЕСР, ООН щодо фінансування охорони здоров'я, структури витрат і охоплення послугами. Аналітичну частину доповнюють галузеві звіти страховиків і професійних об'єднань, а також матеріали міжнародних організацій і донорських інституцій.

Наукова література включає монографії, статті й аналітичні огляди українських і зарубіжних авторів, присвячені еволюції моделей фінансування охорони здоров'я, розвитку медичного страхування, фінансовому захисту домогосподарств та досягненню загального охоплення послугами. Окремий масив становлять дослідження цифрової трансформації систем охорони здоров'я, телемедицини, використання штучного інтелекту та блокчейн-технологій у медичному страхуванні. Важливе місце посідають праці, що аналізують українську реформу фінансування, стійкість системи під час війни та тенденції розвитку ринку добровільного медичного страхування. Значна частина цих робіт індексується у базах Scopus і Web of Science, що забезпечує поєднання теоретичних підходів із сучасними емпіричними результатами.

Наукова новизна дипломної роботи. Найбільш суттєвими науковими результатами магістерського дослідження, що відзначаються новизною, є такі:

- поглиблено теоретичне обґрунтування ролі добровільного медичного страхування як інтегрованого доповнення Програми медичних гарантій у змішаній моделі фінансування охорони здоров'я України;
- удосконалено підходи до аналізу ринку медичного страхування шляхом виокремлення для України карти ключових ризиків та сегментів державного і добровільного медичного страхування;
- обґрунтовано комплекс регуляторно-фіскальних рішень щодо розвитку добровільного медичного страхування (податкові стимули, вимоги до продуктів, інструменти державно-приватного партнерства);
- розвинено науково-практичні засади цифрової інтеграції добровільного медичного страхування в національну систему eHealth через цільову модель цифрової екосистеми та адаптацію міжнародного досвіду;
- удосконалено методичні підходи до оцінювання розвитку медичного страхування шляхом формування системи багаторівневих KPI та запропоновано авторську дорожню карту інтеграції добровільного медичного страхування з програмою медичних гарантій до 2030 року.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що запропоновані у роботі підходи до позиціонування добровільного медичного

страхування як доповнення Програми медичних гарантій можуть бути використані органами державної влади та професійними об’єднаннями страховиків під час розроблення нормативно-правових рішень і галузевих стратегій. Сформовані пропозиції щодо регуляторно-фіскальних стимулів, структури страхових продуктів та інтеграції державного медичного страхування з eHealth, телемедициною й цифровими сервісами дають змогу адаптувати міжнародний досвід до умов української системи охорони здоров’я. Окремі результати дослідження висвітлено у спільній науковій статті «Аналітична оцінка структури та сучасного стану розвитку медичного страхування в Україні», де на основі статистики та міжнародних джерел проаналізовано динаміку й структуру ринку держваного медичного страхуваня та його місце в архітектурі фінансування охорони здоров’я; статтю опубліковано у фаховому журналі «Молодий вчений», № 6 (137) за 2025 рік, що підтверджує апробацію та практичну значущість отриманих результатів.

Розроблена система індикаторів і KPI для оцінювання розвитку ринку державного медичного страхування, якості медичних послуг і фінансової стійкості може застосовуватися страховими компаніями, медичними закладами та роботодавцями для планування програм страхового захисту й моніторингу їх ефективності до 2030 року. Запропонована дорожня карта та сценарні траєкторії розвитку держіаного медичного страхування створюють практичний інструментарій для ухвалення управлінських рішень на рівні державної політики, місцевих громад і корпоративного сектору, а також можуть бути використані в освітньому процесі економічних і медичних закладів вищої освіти.

Структура і обсяг кваліфікаційної роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 159 найменування на 21 сторінках, містить 5 рисунків на 5 сторінках та 8 таблиць на 10 сторінках. Загальний обсяг роботи – 128 сторінок. Основний зміст дипломної роботи викладено на 104 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТА ЕКОНОМІЧНА СУТНІСТЬ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Економічна сутність, принципи та функції медичного страхування

Страхування є однією з найдавніших і водночас найскладніших фінансово-економічних категорій, що виникла як відповідь на об'єктивну потребу суспільства в захисті від несприятливих подій. Воно охоплює систему перерозподільних відносин, спрямованих на формування і використання спеціальних фондів грошових ресурсів для компенсації збитків, завданих випадковими ризиками. На відміну від інших фінансових інститутів, страхування характеризується безеквівалентним перерозподілом ресурсів – внески страхувальників не повертаються кожному з них безпосередньо, а лише тим, хто зазнав шкоди. Ця особливість зумовлює соціально-захисну роль страхування, що поєднує економічні, правові та етичні елементи суспільних відносин.

Як економічна категорія страхування має двоїсту природу: з одного боку, воно є складовою фінансової системи, а з іншого – інструментом управління ризиками на рівні окремих суб'єктів і національної економіки загалом. Через страхові механізми реалізується принцип солідарності та взаємодопомоги, коли індивідуальні ризики перетворюються на колективну відповідальність. Водночас страхування виконує важливу інвестиційну функцію, адже акумульовані страхові резерви є джерелом довгострокових фінансових ресурсів, що спрямовуються у виробничу, соціальну та інфраструктурну сфери. Таким чином, страхування виступає не лише засобом фінансового захисту, а й чинником макроекономічної стабільності та зростання.

Ознаки страхування визначають його місце у системі фінансових відносин. До ключових належать: наявність страхового ризику як ймовірної події, що має випадковий характер; формування цільового страхового фонду за рахунок внесків багатьох учасників; безповоротність та еквівалентність

страхових платежів; наявність правових гарантій виплат у разі настання страхового випадку. Важливою особливістю є також часовий лаг між сплатою страхових внесків та отриманням компенсації, що вимагає ефективного управління активами страхових організацій і забезпечення їх фінансової надійності. Сукупність цих ознак дозволяє розглядати страхування як самостійну форму фінансових відносин, спрямовану на мінімізацію ризиків у соціально-економічному розвитку.

Функціональна роль страхування проявляється через систему взаємопов'язаних функцій – ризикову, попереджувальну, заощаджувальну, контрольну, інвестиційну та соціальну. Ризикова функція забезпечує компенсацію втрат, що виникають унаслідок реалізації страхових ризиків; попереджувальна полягає у фінансуванні заходів щодо зменшення ймовірності або наслідків страхових подій; заощаджувальна – у створенні умов для довгострокового накопичення коштів, особливо у сферах особистого та медичного страхування. Контрольна функція сприяє підвищенню фінансової дисципліни суб'єктів господарювання, а інвестиційна – спрямовує акумульовані ресурси у фінансовий обіг. Особливого значення набуває соціальна функція, що полягає у підтриманні життєвого рівня населення в умовах втрати доходу через хворобу, інвалідність або інші непередбачувані обставини [10; 41; 144].

У структурі сучасної соціально-економічної системи страхування виконує роль стабілізуючого механізму, який пом'якшує наслідки фінансових, природних та соціальних криз. Через розвиток страхового ринку держава формує додаткові інститути соціального захисту, зменшує навантаження на бюджет і створює умови для залучення приватного капіталу в охорону здоров'я, пенсійне забезпечення та інші сфери суспільного добробуту. Водночас страхування підсилює фінансову безпеку держави, забезпечуючи сталість грошових потоків і можливість швидкої реакції на ризикові події на макроекономічному рівні.

Таким чином, страхування як фінансово-економічна категорія є фундаментом системи управління ризиками, невід'ємним елементом фінансової

архітектури країни та необхідною умовою сталого розвитку. Його сутність полягає у перерозподілі ресурсів з метою забезпечення відшкодування збитків, підтримання економічної стабільності та соціального добробуту населення, що створює базу для формування окремих галузей – зокрема медичного страхування, яке має подвійний характер: фінансовий та соціально-захисний.

Медичне страхування є однією з ключових складових системи соціального захисту населення, що поєднує економічні, правові та соціальні механізми забезпечення права громадян на охорону здоров'я. Воно передбачає формування спеціальних фондів коштів за рахунок страхових внесків фізичних і юридичних осіб з метою фінансування медичної допомоги при настанні страхового випадку, тобто у разі захворювання, травми або інших станів, що потребують лікування. На відміну від класичних видів страхування, головною метою медичного страхування є не компенсація фінансових втрат, а забезпечення доступу до необхідних медичних послуг та підтримання належного рівня здоров'я населення.

Як економічна категорія медичне страхування відображає специфічні перерозподільні відносини між суб'єктами страхування – державою, роботодавцями, найманими працівниками, страховими компаніями та медичними закладами. Через механізм страхових внесків здійснюється акумулювання коштів у фондах, які потім спрямовуються на оплату профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів. Таким чином, фінансові ризики, пов'язані з витратами на охорону здоров'я, переносяться з окремої особи на колектив усіх застрахованих. У цьому проявляється принцип солідарності – основоположний для всієї системи соціального страхування, але в медичній сфері він набуває особливої значущості, оскільки стосується базового людського права на життя і здоров'я.

Відмінність медичного страхування від інших видів соціального страхування полягає насамперед у характері страхового ризику та способі його відшкодування. У разі пенсійного страхування ризиком є втрата працездатності через вік; у страхуванні на випадок безробіття – втрата джерела доходу; у страхуванні від нещасних випадків – фізичні ушкодження, спричинені умовами

праці. Натомість у медичному страхуванні ризик має більш широкий та непередбачуваний характер, оскільки хвороба може настати незалежно від віку, професії чи соціального статусу. Особливістю також є те, що відшкодування здійснюється не у формі грошових виплат, а у вигляді надання медичних послуг або оплати їх вартості закладам охорони здоров'я. Це визначає його подвійний – фінансово-медичний – характер, що поєднує риси страхового та сервісного продукту.

Суттєвою ознакою медичного страхування є наявність трьохсторонніх відносин між страхувальником, страховиком та медичним закладом. Така модель забезпечує цільове використання коштів та підвищує ефективність системи охорони здоров'я завдяки конкуренції між медичними установами за якість наданих послуг. Крім того, медичне страхування має виражений профілактичний аспект: частина страхових внесків спрямовується на фінансування програм профілактики, вакцинації, диспансеризації та раннього виявлення захворювань, що відрізняє його від інших галузей соціального страхування, орієнтованих переважно на компенсацію вже настаних наслідків ризику.

Залежно від форми організації розрізняють обов'язкове та добровільне медичне страхування. Перше є складовою державної системи соціального захисту і гарантує мінімально необхідний рівень медичних послуг для всіх громадян незалежно від доходу. Добровільне ж медичне страхування забезпечує розширений обсяг медичних послуг і орієнтоване на додаткові потреби окремих осіб чи підприємств. Саме поєднання цих двох підсистем дозволяє створити багаторівневу модель фінансування охорони здоров'я, в якій державні, корпоративні та індивідуальні ресурси взаємодіють для досягнення суспільно значущої мети – збереження здоров'я нації.

Отже, медичне страхування посідає унікальне місце серед інших форм соціального страхування, адже воно поєднує економічний механізм страхового захисту з соціальною функцією забезпечення права людини на медичну допомогу. Його розвиток є ключовою умовою формування сучасної, фінансово

стійкої системи охорони здоров’я, що базується на принципах солідарності, відповідальності та рівного доступу до медичних послуг.

Медичне страхування є важливим елементом системи фінансових відносин, що спрямовані на забезпечення громадян медичною допомогою у разі настання страхового випадку. Воно поєднує соціальний зміст і фінансово-економічні механізми, утворюючи специфічну форму розподілу коштів між державою, роботодавцями, громадянами та медичними закладами. Його економічна сутність полягає у формуванні й використанні страхових фондів, за рахунок яких здійснюється фінансування медичних послуг, компенсація витрат на лікування, профілактику та реабілітацію. Таким чином, медичне страхування не лише забезпечує матеріальну основу для охорони здоров’я, але й виконує стабілізуючу функцію у соціально-економічному розвитку країни [10; 30].

Медичне страхування, на відміну від класичних видів страхування життя чи майна, має подвійну природу – фінансову та соціальну. Його основною метою є не просто відшкодування збитків, а гарантування доступу до медичних послуг належної якості. Через систему страхових внесків відбувається перерозподіл коштів, що зменшує фінансові ризики окремих громадян, особливо вразливих категорій населення. У цьому виявляється принцип солідарності, за яким здорові члени суспільства частково фінансують потреби хворих, а забезпечені – підтримують малозабезпечених. Такий механізм дозволяє поєднати економічну доцільність із соціальною справедливістю, що є основою сучасної концепції соціального страхування.

Відмінність медичного страхування від інших форм соціального страхування визначається особливостями страхового ризику, об’єкта страхового захисту та формою надання допомоги. Якщо пенсійне страхування орієнтоване на компенсацію втрати доходу через старість, а страхування на випадок безробіття чи нещасного випадку спрямоване на підтримку доходів у кризових ситуаціях, то медичне страхування покликане забезпечити доступ до лікування і профілактики захворювань. Його відшкодування реалізується не у вигляді грошових виплат, а через оплату медичних послуг або забезпечення лікування у визначених закладах охорони здоров’я. Саме ця сервісна форма

надання страхового покриття визначає його виняткову роль серед інших видів соціального страхування.

Система медичного страхування характеризується наявністю тристоронніх відносин між страхувальником, страховиком і медичним закладом. Така модель забезпечує прозорий рух коштів і підвищує ефективність використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я. Вона стимулює конкуренцію між медичними установами, створює умови для підвищення якості медичних послуг, а також сприяє впровадженню сучасних стандартів обслуговування пацієнтів. Важливою особливістю є орієнтація не лише на лікування, а й на профілактику, оскільки профілактичні програми та заходи фінансуються за рахунок страхових фондів. Таким чином, медичне страхування стає механізмом управління здоров'ям населення, а не лише фінансування витрат на лікування.

В Україні, як і в більшості європейських країн, формується дворівнева модель медичного страхування, що поєднує обов'язкову та добровільну складові. Обов'язкове медичне страхування має соціальний характер і гарантує мінімально необхідний обсяг медичної допомоги для всіх громадян незалежно від їхнього соціального статусу. Добровільне медичне страхування, у свою чергу, доповнює державну систему, розширюючи спектр послуг і створюючи можливість отримання медичної допомоги підвищеного рівня. Розвиток цих механізмів поступово формує цілісну модель фінансування охорони здоров'я, в якій поєднуються принципи соціальної справедливості, відповідальності та економічної ефективності, що створює передумови для подальшого аналізу принципів, функцій і механізмів організації медичного страхування в сучасних умовах [114; 122].

Медичне страхування як складова системи соціально-економічних відносин ґрунтується на сукупності принципів, що забезпечують його ефективне функціонування, фінансову стійкість та відповідність суспільним інтересам. Ці принципи визначають логіку побудови та реалізації страхового механізму у сфері охорони здоров'я, встановлюють баланс між економічною доцільністю та соціальною відповідальністю. Їх дотримання є необхідною

умовою формування прозорої, справедливої та збалансованої системи фінансування медичної допомоги, здатної забезпечити стійке відтворення людського капіталу та підвищення рівня добробуту населення.

Одним із базових принципів є еквівалентність, яка відображає відповідність між розміром страхових внесків і обсягом наданих послуг або страхового покриття. У системі медичного страхування цей принцип набуває специфічної форми, оскільки розмір страхового платежу не завжди прямо пропорційний індивідуальному ризику захворювання. Частина застрахованих може не скористатися медичними послугами протягом тривалого часу, однак їхні внески забезпечують фінансову стабільність системи. Еквівалентність у цьому випадку набуває колективного характеру – кожен учасник робить внесок у загальний фонд, з якого фінансується лікування тих, хто реально потребує допомоги. Це дозволяє досягти балансу між індивідуальним внеском і суспільною вигодою, формуючи основу для сталого розвитку страхової системи.

Принцип солідарності є центральним для медичного страхування і передбачає взаємну підтримку між усіма учасниками страхового процесу. Здорові громадяни своїми внесками допомагають тим, хто захворів, працездатні – підтримують непрацездатних, а особи з вищими доходами – тих, хто має нижчі фінансові можливості. Такий механізм забезпечує соціальну згуртованість і рівність у доступі до медичної допомоги. Солідарність виступає не лише економічною, а й морально-етичною основою страхування, сприяючи зміцненню довіри між громадянами, державою та медичними установами. В умовах ринкової економіки саме солідарність пом’якшує наслідки соціальної стратифікації, забезпечуючи загальнодоступність медичних послуг [10].

Наступним ключовим принципом є доступність, що означає право кожного громадянина на отримання медичної допомоги незалежно від рівня доходів, місця проживання або соціального статусу. Доступність у системі медичного страхування забезпечується завдяки обов’язковому охопленню населення страховими програмами, чітко визначеним гарантіям базового пакета послуг, а також розвитку мережі медичних закладів, здатних надавати якісну

допомогу у різних регіонах. Важливим аспектом є створення цифрових платформ та електронних реєстрів, що спрощують доступ до страхових програм і підвищують прозорість використання коштів. Таким чином, принцип доступності формує основу для реального втілення конституційного права громадян на охорону здоров'я.

Соціальна справедливість у медичному страхуванні передбачає рівні можливості для всіх учасників системи у фінансуванні та отриманні медичних послуг. Вона проявляється у диференційованому підході до встановлення страхових внесків, коли заможніші громадяни або підприємства роблять більший фінансовий внесок, забезпечуючи стабільність системи та підтримку вразливих груп. Цей принцип узгоджується з концепцією справедливого розподілу ресурсів, за якої кожен сплачує відповідно до своїх можливостей, а отримує – відповідно до потреби. Соціальна справедливість є важливим індикатором соціальної ефективності системи медичного страхування та одним із критеріїв її довгострокової життєздатності.

Принцип ризиковості визначає сутність страхування як економічного механізму. У медичному страхуванні ризик означає ймовірність настання хвороби чи необхідності отримання медичної допомоги. Управління ризиком базується на статистичному прогнозуванні, диверсифікації страхових портфелів та формуванні резервних фондів, які дозволяють збалансувати витрати і доходи системи. Висока ефективність управління ризиками дає змогу забезпечити фінансову стабільність страхових організацій і гарантувати своєчасність відшкодувань. Саме завдяки принципу ризиковості медичне страхування поєднує елементи соціального захисту та фінансового менеджменту, перетворюючись на інструмент прогнозування і запобігання економічним втратам, пов'язаним зі станом здоров'я населення.

Виходячи з викладених теоретичних положень, доцільно узагальнити основні принципи медичного страхування у вигляді таблиці 1.1 , що дозволить наочно продемонструвати їхній зміст, спрямованість та функціональне значення у системі соціально-економічних відносин.

Систематизація цих принципів демонструє їхню взаємодоповнюваність і спільну мету – створення ефективного механізму фінансування медичної допомоги, який поєднує соціальну орієнтованість із економічною збалансованістю. Дотримання зазначених принципів створює теоретичну і практичну основу для ефективного функціонування системи медичного страхування, її фінансової збалансованості та соціальної результативності. Вони формують стійкий фундамент, на якому базуються механізми розподілу коштів, регулювання відносин між учасниками та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, що безпосередньо визначає структуру й функції сучасної системи медичного страхування.

Таблиця 1.1

Основні принципи медичного страхування та їх характеристика

Принцип	**Зміст принципу**	**Функціональне значення у системі медичного страхування**
Еквівалентність	Відповідність між внесками страхувальників та обсягом наданих медичних послуг у межах колективного страхового фонду.	Забезпечує фінансову стабільність системи, формує баланс між сплаченими внесками та отриманими послугами.
Солідарність	Взаємна підтримка між усіма учасниками системи – здорові допомагають хворим, працездатні підтримують непрацездатних.	Створює соціальну згуртованість, гарантує колективний характер захисту від ризиків захворювання.
Доступність	Гарантований доступ кожного громадянина до базового пакета медичних послуг незалежно від доходу чи місця проживання.	Забезпечує реалізацію права на охорону здоров'я та підвищує рівень соціальної захищеності населення.
Соціальна справедливість	Розподіл фінансового навантаження відповідно до платоспроможності, а медичних послуг – відповідно до потреби.	Підтримує рівновагу між економічною ефективністю та соціальною рівністю, зміцнює довіру до системи страхування.
Ризиковість	Наявність невизначеності щодо настання страхового випадку, що потребує управління ризиком через диверсифікацію і резервування коштів.	Дає змогу прогнозувати витрати, формувати страхові резерви й підтримувати фінансову стійкість системи.

Примітка. Складено автором за данимн [10; 35; 55]

Медичне страхування як складна соціально-економічна система реалізує свій зміст через певні функції, що відображають його багатовимірний вплив на економіку, соціальну сферу та охорону здоров'я. Сукупність цих функцій

визначає специфіку медичного страхування як фінансового інструменту, що одночасно виконує соціальну місію – забезпечення громадян доступною та якісною медичною допомогою. Зміст і взаємозв'язок функцій відображають системний характер страхової діяльності та дозволяють оцінити її значення у формуванні стійкої моделі соціального захисту населення [35].

Захисна функція є основоположною і полягає у фінансовому забезпеченні медичної допомоги при настанні страхового випадку. Вона спрямована на компенсацію витрат, пов'язаних із лікуванням, відновленням працездатності та профілактичними заходами. Реалізація цієї функції дозволяє уникнути різких коливань у рівні добробуту домогосподарств у разі захворювань або травм, забезпечує стабільність доходів і знижує рівень соціальної вразливості. Захисна функція фактично гарантує громадянам соціальну безпеку у сфері охорони здоров'я, перетворюючи страхування на ефективний інструмент фінансового та соціального захисту.

Попереджувальна функція спрямована на зниження ймовірності настання страхових випадків шляхом фінансування заходів профілактичного характеру. До них належать вакцинація, медичні огляди, пропагування здорового способу життя, рання діагностика та інші програми, які дозволяють запобігати масовим захворюванням або зменшувати їх наслідки. Страхові компанії зацікавлені у скороченні кількості випадків лікування, адже це знижує їхні витрати, тому фінансування профілактики є не лише соціально корисним, а й економічно доцільним. Застосування цієї функції формує нову культуру споживання медичних послуг, акцентуючи увагу не лише на лікуванні, а й на збереженні здоров'я.

Перерозподільна функція забезпечує формування та використання страхового фонду на основі принципу колективної участі. Через цей механізм відбувається перерозподіл фінансових ресурсів між учасниками системи – від тих, хто тимчасово не потребує медичних послуг, до тих, хто зіштовхується з реальними медичними витратами. Такий перерозподіл має виражений соціальний характер і дозволяє досягти справедливого балансу між потребами населення та можливостями фінансування охорони здоров'я. Завдяки цій

функції медичне страхування набуває ознак стабілізуючого елементу фінансової системи, що пом’якшує вплив непередбачуваних подій на добробут окремих домогосподарств і суспільства в цілому [46].

Контрольна функція пов’язана з моніторингом ефективності використання страхових коштів та якістю наданих медичних послуг. Вона реалізується через систему взаємного контролю між страховими компаніями, медичними закладами, державними органами та страхувальниками. Такий контроль сприяє раціональному використанню фінансових ресурсів, запобігає зловживанням і стимулює підвищення якості медичних послуг. Крім того, контрольна функція створює підґрунтя для запровадження стандартів медичного обслуговування, системи акредитації та оцінювання ефективності діяльності медичних установ. Вона також сприяє зміцненню довіри між усіма учасниками страхового процесу.

Інвестиційна функція характеризує медичне страхування як активний елемент фінансового ринку. Акумульовані страхові внески формують значні грошові резерви, які тимчасово вільні від використання та можуть інвестуватися у національну економіку. Завдяки цьому страхові фонди стають джерелом довгострокових інвестицій у розвиток медичної інфраструктури, фармацевтичної галузі, профілактичних програм та інших соціально значущих напрямів. Ця функція не лише підвищує ефективність управління страховими активами, а й стимулює економічне зростання, створюючи синергію між фінансовим і соціальним секторами.

Узагальнення функцій медичного страхування подано у таблиці 1.2 , що дозволяє чітко простежити взаємозв’язок між їхнім змістом і економічною роллю у системі охорони здоров’я.

Системна реалізація зазначених функцій забезпечує комплексний вплив медичного страхування на соціальну стабільність, фінансову безпеку населення та розвиток медичної інфраструктури, формуючи підґрунтя для ефективного функціонування всієї системи охорони здоров’я.

Історичний розвиток медичного страхування відображає еволюцію соціально-економічних відносин у суспільстві та зміну ролі держави у сфері

охорони здоров'я. Перші форми страхового захисту здоров'я виникли ще у період становлення індустріального суспільства, коли зростання виробничих ризиків і соціальної нерівності вимагало створення механізмів колективної підтримки працівників. У XIX столітті медичне страхування почало набувати інституційної форми в країнах Європи, де держава поступово взяла на себе функцію регулювання та контролю за системою страхування, перетворюючи її на елемент соціальної політики.

Таблиця 1.2

Функції медичного страхування та їх економічна характеристика

Функція	**Зміст**	**Економічне та соціальне значення**
Захисна	Забезпечення фінансування медичної допомоги у разі настання страхового випадку.	Гарантує соціальну безпеку, зменшує фінансове навантаження на громадян, стабілізує рівень їхнього добробуту.
Попереджувальна	Фінансування профілактичних і санітарно-просвітницьких заходів, спрямованих на зниження захворюваності.	Зменшує кількість страхових випадків, підвищує ефективність використання ресурсів системи охорони здоров'я.
Перерозподільна	Формування спільного страхового фонду та його використання для оплати медичних послуг застрахованим.	Забезпечує солідарність між учасниками, сприяє соціальній рівновазі та стабільності страхового ринку.
Контрольна	Моніторинг якості медичних послуг і цільового використання страхових коштів.	Підвищує ефективність фінансування, стимулює дотримання стандартів і запобігає нераціональним витратам.
Інвестиційна	Тимчасово вільні кошти страхових фондів спрямовуються на інвестиції у розвиток економіки.	Сприяє модернізації медичної інфраструктури, створює додаткові джерела економічного зростання.

Примітка. Складено автором за даними [10; 55; 112]

Першим офіційним кроком до формування обов'язкового медичного страхування стала реформа канцлера Отто фон Бісмарка у Німеччині (1883 рік), коли було запроваджено закон про страхування робітників від хвороб. Бісмарківська модель передбачала обов'язкову участь найманих працівників та роботодавців у фінансуванні страхових фондів, що створювало основу для стійкої системи соціального захисту. Ця концепція базувалася на принципах солідарності, відповідальності роботодавців і державного нагляду. Згодом аналогічні системи були запроваджені в Австро-Угорщині, Франції, Італії та

інших країнах, де поступово розширювався перелік застрахованих осіб і медичних послуг, а держава посилювала свою координаційну роль [110; 131].

У XX столітті сформувалися дві головні світові моделі медичного страхування – соціально-страхова (німецька, або бісмарківська) та бюджетно-національна (британська, або бевериджівська). Перша ґрунтується на принципі страхових внесків і участі роботодавців та працівників у фінансуванні системи охорони здоров'я. Її прикладом є Німеччина, Франція, Нідерланди, Японія, де функціонують страхові каси чи фонди, що адмініструють фінансові потоки та укладають угоди з медичними установами. Друга модель, започаткована після реформ Вільяма Бевериджа у Великій Британії (1948 р.), передбачає фінансування охорони здоров'я переважно за рахунок податків і надання медичних послуг усім громадянам на безоплатній основі. У більшості країн світу сучасні системи охорони здоров'я є комбінованими, поєднуючи елементи обох підходів [70; 110].

Паралельно з інституційними змінами розвивалися й наукові підходи до розуміння сутності медичного страхування. У працях зарубіжних економістів (А. Пігу, П. Самуельсона, Дж. Кейнса, М. Олсона) наголошувалося на ролі держави у забезпеченні суспільних благ, до яких належить охорона здоров'я, та необхідності колективного фінансування таких послуг. Згодом у теоріях добробуту та соціального вибору з'явилися аргументи на користь змішаних моделей – із залученням приватного сектора до надання страхових і медичних послуг. Сучасна економічна думка розглядає медичне страхування як складову системи управління ризиками у сфері людського капіталу, що сприяє підвищенню продуктивності праці та економічній стабільності суспільства [35; 51; 55].

В Україні становлення ідеї медичного страхування відбувалося поступово та нерівномірно. Перші форми взаємодопомоги працівників і ремісників, подібні до страхових кас, існували ще наприкінці XIX – на початку XX століття у вигляді лікарняних кас, що фінансувалися внесками членів і роботодавців. У радянський період система охорони здоров'я функціонувала за бюджетною моделлю Семашка, де держава повністю фінансувала медичну допомогу за

рахунок податків. Попри загальну доступність медичних послуг, така модель мала обмежені стимули до підвищення якості обслуговування та ефективності використання ресурсів. Після здобуття незалежності Україна почала формувати нову концепцію медичного страхування, орієнтовану на ринкові механізми та міжнародний досвід.

У 1990–2000-х роках українська економічна думка приділяла значну увагу пошуку оптимальної моделі медичного страхування. У наукових працях О. Василика, В. Опаріна, І. Баранової, С. Юрія, Л. Лисяк, О. Кириленко та інших дослідників розглядалися питання поєднання соціальних і фінансових принципів у страхуванні, ролі держави у регулюванні страхових фондів, а також перспектив розвитку добровільного страхування як додаткового джерела фінансування медицини. Важливими напрямами сучасних досліджень стали цифровізація страхових послуг, запровадження електронних систем обліку пацієнтів і створення механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров’я [8; 32; 83].

Сучасний етап розвитку української системи медичного страхування характеризується поступовим переходом від суто бюджетного до змішаного фінансування охорони здоров’я. Держава зберігає провідну роль у забезпеченні базових медичних гарантій, тоді як добровільне страхування поступово розширює свій сегмент, залучаючи корпоративних клієнтів і фізичних осіб. Впровадження Національної служби здоров’я України (НСЗУ) стало важливим кроком у напрямі створення страхових принципів у фінансуванні медицини, адже вона діє як платник медичних послуг, орієнтований на принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Поступова інтеграція України до європейського простору зумовлює необхідність гармонізації національної моделі медичного страхування з європейськими стандартами. Це передбачає посилення ролі страхових фондів, підвищення прозорості фінансових потоків, розвиток конкуренції між медичними закладами і розширення можливостей для громадян у виборі страховика. Таким чином, еволюція концепцій медичного страхування в Україні проходить шлях від соціалістичної бюджетної моделі до сучасної

системи змішаного типу, у якій поєднуються принципи солідарності, ринкової ефективності та соціальної справедливості, що визначає подальший напрям досліджень теоретико-економічних аспектів його розвитку.

1.2. Класифікація видів медичного страхування та їх фінансово-економічні механізми

Медичне страхування як важливий елемент соціально-економічної системи охорони здоров'я охоплює різноманітні форми та моделі організації, які відрізняються за джерелами фінансування, рівнем участі держави, масштабом охоплення населення та економічними механізмами реалізації. Класифікація видів медичного страхування дозволяє глибше зрозуміти їхню функціональну структуру, соціальне призначення та роль у забезпеченні фінансової стійкості системи охорони здоров'я. Основними видами є обов'язкове, добровільне, корпоративне, державне та приватне медичне страхування, які взаємодіють у межах змішаної моделі фінансування медицини.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) є базовою формою соціального страхового захисту, що гарантує всім громадянам право на отримання медичної допомоги незалежно від рівня доходів чи соціального статусу. Воно має загальнонаціональний характер і ґрунтується на принципах солідарності та соціальної справедливості. Фінансування здійснюється за рахунок обов'язкових внесків роботодавців, працівників, а також коштів державного бюджету для незахищених верств населення. Відповідальним органом за адміністрування коштів виступають державні або напівдержавні страхові фонди, які укладають договори з медичними закладами на надання визначеного пакета послуг. Механізм ОМС забезпечує стабільність фінансування системи охорони здоров'я, знижує ризики нерівного доступу до медичних послуг і виконує функцію соціального вирівнювання [63].

Добровільне медичне страхування (ДМС) доповнює обов'язкову систему, розширюючи спектр медичних послуг, які можуть отримати громадяни понад гарантований державою мінімум. Його суть полягає у тому, що фізичні або юридичні особи за власним бажанням укладають договори зі страховими

компаніями для фінансування додаткових послуг – лікування у приватних клініках, стоматології, профілактичних програм, медичного туризму тощо. Добровільне страхування створює умови для розвитку конкурентного медичного ринку, підвищення якості послуг та інновацій у сфері охорони здоров'я. Джерелами фінансування є страхові премії, сплачені застрахованими особами або роботодавцями, а економічна ефективність досягається завдяки диференціації тарифів залежно від віку, стану здоров'я, професії та інших ризикових чинників [30; 136].

Корпоративне медичне страхування розглядається як особлива форма добровільного страхування, що організовується роботодавцем для своїх працівників. Воно виконує подвійне завдання: забезпечення соціальних гарантій персоналу та підвищення продуктивності праці завдяки збереженню здоров'я працівників. Як правило, страхові внески у корпоративних програмах сплачуються повністю або частково за рахунок роботодавця, що робить цей вид страхування одним із найефективніших інструментів соціально відповідального бізнесу. Для компаній це водночас є засобом мотивації та утримання кадрів, а для держави – способом зменшення навантаження на бюджетну систему охорони здоров'я. Корпоративне медичне страхування часто включає обслуговування у приватних клініках, консультації вузьких спеціалістів, діагностику та профілактичні програми.

Державне медичне страхування реалізується у формі централізованої системи фінансування медичних послуг, де основним джерелом є державний бюджет. На відміну від класичної страхової моделі, у державному страхуванні держава виступає одночасно страховиком і гарантом медичного обслуговування. Воно охоплює насамперед соціально вразливі категорії населення – пенсіонерів, дітей, осіб з інвалідністю, безробітних, військових тощо. В Україні така модель частково реалізується через діяльність Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка фінансує медичні заклади за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Державне страхування виконує функцію базового соціального захисту, але потребує постійного удосконалення механізмів розподілу коштів і підвищення прозорості фінансування.

Приватне медичне страхування є ринковою формою організації страхових відносин, у якій головну роль відіграють комерційні страхові компанії. Воно орієнтоване на забезпечення високого рівня сервісу, індивідуальних програм медичного обслуговування та спеціалізованих послуг. Приватні страхові продукти часто включають лікування за кордоном, телемедичні консультації, репродуктивну медицину, високотехнологічну діагностику. Основним джерелом фінансування виступають страхові внески клієнтів, розмір яких визначається на основі індивідуальної оцінки ризику. Приватне страхування виконує функцію диверсифікації фінансових потоків у системі охорони здоров'я, сприяє впровадженню інноваційних технологій і створює конкурентне середовище, що стимулює підвищення якості медичних послуг.

Для кращої систематизації сутнісних характеристик зазначених видів доцільно узагальнити їх у таблиці 1.3, яка демонструє відмінності за ключовими ознаками та економічними механізмами функціонування.

Таблиця 1.3

Класифікація видів медичного страхування та їх характеристика

Вид медичного страхування	Джерела фінансування	Суб'єкти страхових відносин	Основні особливості та механізми
Обов'язкове	Внески роботодавців, працівників, кошти держави	Держава, страхові фонди, медичні заклади, населення	Загальне охоплення, соціальна рівність, державний контроль, гарантований базовий пакет послуг.
Добровільне	Внески громадян або роботодавців (добровільно)	Страхові компанії, медичні установи, застраховані особи	Надання додаткових послуг, індивідуальні програми, ринкова конкуренція, гнучкі тарифи.
Корпоративне	Фінансування роботодавцем або спільно з працівником	Підприємство, страхова компанія, працівники	Соціальний пакет для персоналу, підвищення мотивації, зменшення втрат робочого часу через хвороби.
Державне	Державний бюджет, цільові програми, податки	Держава, медичні заклади, громадяни	Централізоване управління, охоплення соціально вразливих груп, принцип «гроші йдуть за пацієнтом».
Приватне	Особисті внески громадян або компаній	Приватні страхові компанії, клініки, клієнти	Високий рівень сервісу, індивідуальні умови, інноваційні послуги, гнучке управління ризиками.

Примітка. Складено автором за даними [10; 114; 122; 131; 136]

Різноманітність видів медичного страхування забезпечує гнучкість і стійкість системи фінансування охорони здоров'я, дозволяючи поєднувати соціальні гарантії з ринковими механізмами, що створює підґрунтя для подальшого аналізу фінансово-економічних механізмів їх реалізації.

Система медичного страхування функціонує через взаємодію різних суб'єктів, які формують складну мережу фінансово-економічних і правових відносин, спрямованих на забезпечення страхового захисту громадян у сфері охорони здоров'я. Визначення кола суб'єктів і об'єктів цих відносин є важливим для розуміння механізму формування, розподілу й використання страхових ресурсів, а також для побудови ефективної моделі управління ризиками у медичній сфері. Взаємозв'язок між учасниками системи базується на принципах взаємної відповідальності, фінансової прозорості та соціальної справедливості, що забезпечує збалансованість інтересів держави, населення та медичних закладів.

До основних суб'єктів медичного страхування належать страхувальники, страховики, застраховані особи, медичні заклади та держава як регулятор і гарант функціонування системи. Кожен із цих учасників виконує власну економічну та правову функцію у процесі організації медичного страхування. Страхувальниками виступають юридичні або фізичні особи, які сплачують страхові внески та укладають договори страхування. У системі обов'язкового страхування ними можуть бути роботодавці, органи державної влади або місцевого самоврядування, які забезпечують фінансування внесків для найманих працівників чи соціально вразливих категорій населення. У добровільних програмах страхувальниками найчастіше є самі громадяни або підприємства, які прагнуть підвищити соціальні гарантії своїх працівників [55].

Страховики – це спеціалізовані організації, які мають відповідну ліцензію на здійснення страхової діяльності та несуть відповідальність за формування страхових фондів і виконання зобов'язань перед застрахованими особами. У системі обов'язкового медичного страхування страховиками можуть виступати державні фонди або національні агентства, такі як Національна служба здоров'я України (НСЗУ), що розподіляють кошти між медичними закладами. У сфері

добровільного страхування функції страховиків виконують приватні страхові компанії, які розробляють поліси, визначають тарифи, оцінюють ризики та здійснюють оплату медичних послуг згідно з умовами договору. Діяльність страховиків спрямована на забезпечення фінансової стабільності системи та довіри між усіма учасниками.

Застраховані особи – це громадяни, на користь яких укладено договір страхування та які мають право на отримання медичних послуг у разі настання страхового випадку. Вони є безпосередніми споживачами медичних послуг, а також носіями правових і економічних гарантій, що випливають із системи страхування. У межах обов'язкового медичного страхування коло застрахованих осіб є загальним і охоплює все працездатне населення, непрацюючих осіб, студентів і пенсіонерів, тоді як у добровільному – воно визначається умовами договору та обсягом сплачених внесків.

Медичні заклади (як державні, так і приватні) є ключовими партнерами у системі страхових відносин, адже вони безпосередньо надають медичні послуги застрахованим особам. Вони укладають договори зі страховими компаніями або державними фондами, зобов'язуючись надавати послуги визначеного обсягу та якості. Фінансування їхньої діяльності здійснюється шляхом оплати за надані послуги за встановленими тарифами, що створює стимули для підвищення якості обслуговування, оптимізації витрат та впровадження інноваційних технологій у медичній практиці. Таким чином, медичні установи є не лише виконавцями, а й активними учасниками економічних відносин у сфері страхування.

Держава виступає системоутворюючим суб'єктом, який виконує регуляторну, контрольну та гарантійну функції. Вона визначає законодавчі засади медичного страхування, встановлює обов'язковість окремих видів страхового покриття, регулює тарифи та контролює діяльність страховиків. Крім того, держава бере участь у фінансуванні страхових програм, особливо тих, що спрямовані на соціально вразливі групи населення. Через Міністерство охорони здоров'я, Національну службу здоров'я України, Національний банк та

інші інституції вона забезпечує макроекономічну стабільність системи страхування і захист прав застрахованих осіб.

Об’єктами медичного страхування виступають майнові інтереси громадян, пов’язані з витратами на збереження, відновлення чи поліпшення здоров’я, а також із необхідністю отримання медичної допомоги у разі хвороби, травми або інших страхових випадків. Об’єктом є не саме життя чи здоров’я, а саме вартість медичних послуг, що надаються у зв’язку з погіршенням стану здоров’я. У деяких випадках об’єктом може бути також профілактичне обслуговування, діагностика, медикаментозне забезпечення, реабілітаційні програми або санаторно-курортне лікування. Відповідно, структура об’єктів страхування визначає напрями використання страхових фондів і формує економічні стимули для всіх учасників системи.

Для узагальнення взаємозв’язків між основними суб’єктами та об’єктами медичного страхування доцільно подати їх у вигляді системної схеми таблиці 1.4, що демонструє основні потоки ресурсів і взаємодію між сторонами.

Таблиця 1.4

Суб’єкти та об’єкти страхових відносин у сфері охорони здоров’я

Елемент системи	Зміст	Роль у механізмі страхування
Страхувальники	Фізичні або юридичні особи, що сплачують внески та укладають договори страхування.	Формують фінансову базу системи, забезпечують надходження страхових платежів.
Страховики	Державні або приватні організації, які здійснюють страхову діяльність.	Акумулюють внески, формують страхові резерви, здійснюють розрахунки з медичними закладами.
Застраховані особи	Громадяни, на користь яких укладено договори страхування.	Отримують медичну допомогу у разі страхового випадку, користуються правом на захист своїх інтересів.
Медичні заклади	Установи, що надають лікувальні, профілактичні й діагностичні послуги.	Реалізують страхове покриття через надання послуг застрахованим особам.
Держава	Організатор і гарант функціонування системи страхування.	Регулює, контролює, частково фінансує систему; забезпечує рівний доступ і соціальний захист.
Об’єкти страхування	Майнові інтереси, пов’язані з отриманням і оплатою медичних послуг, профілактикою, реабілітацією.	Визначають спрямованість страхових виплат, структуру витрат і економічні стимули учасників системи.

Примітка. Створено автором за даними [10; 55; 111]

Сформована взаємодія між суб'єктами та об'єктами медичного страхування створює цілісну фінансово-економічну систему, у якій поєднуються соціальні цілі з ринковими механізмами, забезпечуючи стабільність фінансування та підвищення ефективності охорони здоров'я.

Фінансово-економічні механізми є основою функціонування системи медичного страхування, оскільки саме вони забезпечують стабільність грошових потоків, збалансованість доходів і витрат страхових організацій, а також ефективність використання коштів для надання медичних послуг. Формування страхових фондів відбувається на основі розподільчих процесів, у межах яких акумулюються внески страхувальників, кошти держави та інші надходження, що утворюють цільовий фінансовий ресурс для фінансування охорони здоров'я. У сукупності ці механізми забезпечують не лише компенсаційну, а й стабілізаційну функцію медичного страхування, перетворюючи його на один із головних інструментів фінансової безпеки соціальної сфери.

Процес формування страхових фондів передбачає концентрацію грошових коштів, що надходять від різних джерел. Основними є страхові внески фізичних і юридичних осіб, обов'язкові платежі роботодавців, бюджетні дотації, а також доходи від інвестиційної діяльності страховиків. Розмір страхових внесків визначається залежно від типу страхування (обов'язкове, добровільне, корпоративне), рівня ризику, середніх витрат на лікування та фінансових можливостей учасників системи. Для підтримання стабільності страхових фондів запроваджуються актуарні розрахунки, які дозволяють прогнозувати ймовірність настання страхових випадків, визначати адекватні тарифи та забезпечувати фінансову стійкість системи. Збалансованість фондів досягається шляхом постійного коригування ставок внесків, перерозподілу коштів між регіонами та видами страхування, а також формування резервів на випадок підвищеного ризику.

Управління страховими фондами ґрунтується на принципах цільового використання, прозорості, ефективності та збалансованості. Ці фонди є не лише накопичувальними, а й розподільчими інструментами, оскільки кошти постійно

надходять і витрачаються на оплату медичних послуг, профілактичні програми та компенсацію витрат закладів охорони здоров'я. Управління здійснюється як на державному, так і на корпоративному та приватному рівнях. У системі обов'язкового медичного страхування воно покладене на спеціалізовані державні установи, зокрема Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка укладає договори з медичними закладами та контролює обсяги наданих послуг. У добровільному сегменті управління фондами здійснюють приватні страхові компанії, які самостійно визначають структуру витрат, формують резерви та оптимізують портфель ризиків [32; 79; 105].

Одним із ключових інструментів є бюджетування та планування витрат страхових фондів, що включає прогнозування надходжень, аналіз витрат на різні види медичних послуг і визначення пріоритетних напрямів фінансування. Важливою складовою механізму управління є резервна політика, спрямована на створення страхових резервів – обов'язкових і вільних. Обов'язкові резерви гарантують платоспроможність страховика в разі зростання кількості страхових випадків, а вільні – забезпечують можливість інвестування та отримання додаткового доходу. Управління резервами здійснюється з дотриманням вимог ліквідності, надійності та прибутковості, що дозволяє одночасно підтримувати фінансову стабільність і забезпечувати розвиток страхової інфраструктури.

Суттєву роль у забезпеченні ефективності використання коштів відіграє механізм оплати медичних послуг, який може базуватися на різних моделях: за кількість наданих послуг, за пролікований випадок, за результатами лікування або за принципом капітаційних ставок. У системі обов'язкового страхування ці моделі комбінуються, що дозволяє уникати нераціональних витрат і стимулює підвищення якості медичної допомоги. Зокрема, принцип «гроші йдуть за пацієнтом», запроваджений у практиці НСЗУ, є сучасною формою реалізації фінансово-економічного механізму, яка спрямовує кошти безпосередньо до тих закладів, що реально надають послуги. Це підвищує прозорість розподілу фінансів і створює стимули для ефективної роботи медичних установ.

Важливою складовою фінансового механізму є інвестиційна діяльність страхових організацій, яка дозволяє не лише зберігати, а й примножувати ресурси страхових фондів. Інвестування тимчасово вільних коштів у державні цінні папери, депозити, інфраструктурні та соціальні проєкти сприяє розвитку економіки й забезпечує додаткові джерела фінансування медицини. У розвинених країнах частка інвестицій страхових компаній у національну економіку є значною, що підвищує роль страхового сектору у формуванні фінансового потенціалу держави. В Україні подальше вдосконалення інвестиційних механізмів має важливе значення для зміцнення фінансової стійкості системи медичного страхування.

Для узагальнення елементів фінансово-економічного механізму доцільно подати їх у вигляді структурної таблиці 1.5, яка демонструє ключові джерела формування страхових фондів, напрями використання коштів та інструменти управління ними.

Таблиця 1.5

Фінансово-економічні механізми формування та управління страховими фондами у сфері медичного страхування

Елемент механізму	Основні складові	Економічна сутність та функціональне призначення
Джерела формування фондів	Страхові внески, обов'язкові платежі, бюджетні асигнування, інвестиційні доходи.	Забезпечують стабільне надходження коштів для фінансування медичних послуг.
Методи акумулювання коштів	Актуарні розрахунки, тарифікація, система пропорційних внесків.	Дозволяють збалансувати доходи і витрати, запобігти дефіциту фондів.
Управління фондами	Планування, бюджетування, створення резервів, моніторинг витрат.	Гарантує цільове використання ресурсів, фінансову стійкість і прозорість діяльності.
Напрями використання коштів	Оплата медичних послуг, фінансування профілактики, відшкодування витрат, розвиток інфраструктури.	Забезпечують реалізацію соціальної функції медичного страхування.
Інвестиційна діяльність	Розміщення тимчасово вільних коштів у ліквідні та прибуткові активи.	Підвищує ефективність використання страхових ресурсів, стимулює економічне зростання.
Контроль і аудит	Державний та незалежний фінансовий контроль, звітність, аудит.	Забезпечують підзвітність і довіру до системи страхування з боку суспільства.

Примітка. Розроблено автором за даними [35; 55; 114; 119; 122]

Комплексне поєднання цих фінансово-економічних механізмів формує основу стабільної, прозорої та ефективної системи медичного страхування, здатної не лише забезпечувати соціальний захист населення, а й виступати важливим чинником сталого економічного розвитку держави.

Формування тарифів, страхових премій і механізмів відшкодування є ключовими складовими фінансової архітектури медичного страхування, оскільки вони безпосередньо визначають його економічну стійкість, соціальну справедливість і доступність для населення. У системі охорони здоров'я ці елементи мають специфічні риси, зумовлені соціальним характером страхування, багатоканальністю фінансування та високим рівнем невизначеності ризиків. Раціональна тарифна політика забезпечує баланс між інтересами застрахованих осіб, страховиків і медичних закладів, а також сприяє підвищенню ефективності використання коштів і стабільності страхових фондів.

Тарифоутворення у медичному страхуванні базується на актуарних принципах, тобто на статистичному аналізі ризиків, імовірності настання страхових випадків та очікуваної вартості медичних послуг. Розрахунок страхового тарифу включає прогнозовану частоту звернень застрахованих осіб по медичну допомогу, середню вартість лікування, адміністративні витрати страховика та норматив прибутковості. В обов'язковому медичному страхуванні тарифи встановлюються на рівні держави або відповідного фонду з урахуванням соціально-економічних показників, демографічної структури населення та фінансових можливостей бюджету. У добровільному сегменті тарифна політика є більш гнучкою: страхові компанії розробляють власні тарифні сітки залежно від обсягу страхового покриття, віку, професії, стану здоров'я страхувальника, регіональних особливостей і рівня ризику [55; 114; 119].

Страхові премії (внески) – це грошові платежі, які сплачують страхувальники для формування страхових фондів. Їх розмір визначається на основі тарифів і встановлюється у відсотках від доходу, заробітної плати або у фіксованій сумі. У системі обов'язкового страхування внески є колективними й

мають характер соціальних платежів, які роботодавці перераховують від імені працівників. Добровільні страхові премії мають індивідуальний характер і залежать від умов договору та рівня ризику конкретного клієнта. Для корпоративного страхування характерна комбінована модель: премії сплачуються частково роботодавцем, частково працівником, що забезпечує оптимальний розподіл фінансового навантаження. У багатьох країнах практикується диференціація премій – для молодших, здоровіших чи соціально активних осіб вони є нижчими, що стимулює профілактичну поведінку та здоровий спосіб життя.

Особливе значення має механізм страхових відшкодувань, який визначає порядок, обсяг і форми фінансування медичних послуг при настанні страхового випадку. Відшкодування може здійснюватися у двох основних формах: прямій – коли страхова компанія безпосередньо оплачує послуги медичному закладу, і зворотній – коли застрахована особа самостійно сплачує за лікування, а потім отримує компенсацію від страховика. У системі обов'язкового медичного страхування переважає перша модель, яка забезпечує прозорість фінансових потоків і мінімізує адміністративні витрати. У добровільних програмах можуть застосовуватись обидві форми залежно від виду полісу, умов договору та рівня довіри між сторонами.

У структурі страхового відшкодування важливу роль відіграють ліміти та франшизи, які визначають межу відповідальності страховика. Франшиза (частка ризику, яку бере на себе страхувальник) може бути умовною або безумовною, і використовується для запобігання зловживанням, зменшення частоти дрібних звернень і стимулювання раціонального використання медичних послуг. Ліміти страхових виплат встановлюються у грошовій або натуральній формі – як максимальна сума, яку страхова компанія може компенсувати за один випадок або протягом строку дії договору. Такі обмеження дозволяють підтримувати фінансову збалансованість фондів і уникати дефіциту ресурсів у разі масових звернень [10; 61].

Регулювання тарифів і премій здійснюється відповідно до державної політики у сфері охорони здоров'я та фінансових стандартів страхового ринку.

У системі обов’язкового медичного страхування тарифи затверджуються уповноваженими органами, а їх перегляд проводиться з урахуванням індексу інфляції, вартості медичних технологій і змін у структурі захворюваності. У добровільному страхуванні діє ринковий механізм, де ціни формуються на основі конкуренції між страховими компаніями. Водночас державне регулювання забезпечує запобігання монополізації ринку, захист прав споживачів та стабільність страхових резервів.

Фінансування охорони здоров’я є одним із ключових чинників ефективності функціонування системи медичних послуг, визначаючи обсяг, якість і доступність медичної допомоги для населення. У світовій практиці сформувалося три основні моделі фінансування охорони здоров’я – бюджетна, страхова та змішана. Кожна з них відображає історичні, економічні та соціальні особливості розвитку держави, має власні джерела фінансування, механізми управління коштами та ступінь участі держави й приватного сектору у забезпеченні медичних послуг. Порівняння цих систем дозволяє глибше зрозуміти тенденції формування сучасної моделі охорони здоров’я в Україні та визначити напрями її вдосконалення.

Бюджетна система фінансування (модель Семашка) передбачає централізоване формування і розподіл коштів на охорону здоров’я з державного бюджету. Основним джерелом фінансування є податкові надходження, які перерозподіляються через державні органи для утримання медичних закладів, оплати праці медичного персоналу та забезпечення безкоштовного обслуговування громадян. Така модель характерна для країн із сильною державною роллю, наприклад Великої Британії, Швеції, Данії, Канади у межах системи Національної служби охорони здоров’я. Її перевагами є гарантований доступ до медичних послуг, соціальна рівність та простота адміністрування. Водночас основними недоліками виступають обмеженість фінансових ресурсів, залежність від державного бюджету, недостатня мотивація медичних установ до підвищення якості послуг і низька гнучкість у реагуванні на потреби пацієнтів [70; 110; 146].

Страхова система фінансування базується на принципі участі громадян, роботодавців і держави у формуванні страхових фондів, з яких фінансується медична допомога. Основою є сплата страхових внесків, що акумулюються у державних або приватних страхових організаціях і спрямовуються на оплату лікування застрахованих осіб. Така система реалізує принципи солідарності, відповідальності та самофінансування. Прикладами країн із розвиненою страховою моделлю є Німеччина, Франція, Нідерланди, Японія. Перевагами цієї системи є стабільність фінансування, прозорість витрат, підвищення конкуренції між медичними установами та можливість вибору страховика. Проте вона вимагає складної організаційної структури, значних адміністративних витрат і може створювати нерівність між різними соціальними групами у доступі до медичних послуг.

Змішана система фінансування поєднує елементи бюджетної та страхової моделей, що дозволяє забезпечити більш гнучке і збалансоване використання фінансових ресурсів. Вона передбачає участь держави, роботодавців, населення та приватного сектора у спільному фінансуванні охорони здоров'я. Держава гарантує базовий обсяг безоплатних медичних послуг через бюджет, тоді як додаткові та розширені програми покриваються за рахунок страхових внесків або добровільних полісів. Подібна система функціонує у більшості країн Європейського Союзу, зокрема в Польщі, Чехії, Угорщині, а також у Південній Кореї та Ізраїлі. Змішана модель дає змогу поєднати соціальну спрямованість бюджетної системи з економічною ефективністю страхової, однак потребує чіткого регулювання та прозорого розподілу фінансових потоків між різними рівнями управління [70; 114; 131].

В Україні процес переходу від традиційної бюджетної до змішаної системи фінансування охорони здоров'я розпочався у 2017 році із впровадженням реформи медичної галузі та створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Її діяльність базується на страхових принципах, адже фінансування медичних закладів здійснюється за договорами та за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Водночас держава зберігає провідну роль у гарантуванні безоплатного доступу до базових послуг у межах Програми

медичних гарантій, тоді як розвиток добровільного страхування доповнює систему новими джерелами коштів. Такий підхід дозволяє поступово створювати багаторівневу фінансову структуру, де поєднуються елементи соціальної підтримки та ринкових стимулів.

Для узагальнення відмінностей між основними моделями фінансування охорони здоров'я доцільно представити їх у порівняльній таблиці 1.6, що демонструє структурні особливості, джерела фінансування, переваги та обмеження кожної системи.

Таблиця 1.6

Порівняльна характеристика систем фінансування охорони здоров'я

Критерій	Бюджетна система	Страхова система	Змішана система
Джерела фінансування	Податки, державний і місцеві бюджети.	Страхові внески громадян, роботодавців, держави.	Поєднання податків і страхових внесків, добровільні платежі.
Орган управління	Державні органи (МОЗ, фінансові відомства).	Страхові фонди, компанії, агенції.	Спільне управління держави, страхових організацій і приватного сектору.
Характер розподілу коштів	Централізований, адміністративний.	Децентралізований, на договірних засадах.	Комбінований: централізоване фінансування + ринкові механізми.
Доступ до медичних послуг	Безкоштовний, однаковий для всіх.	Обмежений рамками страхового покриття.	Гарантований базовий рівень + додаткові платні послуги.
Переваги	Соціальна рівність, простота адміністрування, стабільність.	Прозорість фінансів, конкуренція, ефективність витрат.	Баланс між соціальною справедливістю та економічною гнучкістю.
Недоліки	Дефіцит ресурсів, низька якість послуг, залежність від бюджету.	Висока вартість адміністрування, можливість нерівності.	Складність регулювання, ризик подвійного фінансування.
Країни-приклади	Велика Британія, Швеція, Канада.	Німеччина, Франція, Нідерланди.	Польща, Чехія, Україна, Ізраїль.

Примітка. Розроблено автором за даними [70; 110; 114; 131; 146]

Порівняння цих систем свідчить, що сучасна світова тенденція полягає у переході до змішаних моделей фінансування, які поєднують соціальні гарантії держави з гнучкістю страхових і приватних механізмів. Такий підхід дозволяє

забезпечити фінансову стійкість, підвищити якість медичних послуг і розширити можливості для розвитку інновацій у сфері охорони здоров'я.

1.3. Роль медичного страхування у забезпеченні сталого розвитку системи охорони здоров'я

Фінансова стабільність системи охорони здоров'я є необхідною умовою її ефективного функціонування, забезпечення безперервності надання медичних послуг і підвищення рівня доступності для населення. У цьому контексті медичне страхування виступає ключовим інструментом формування довгострокової фінансової стійкості галузі, адже воно забезпечує передбачуваність грошових потоків, рівномірність фінансування та зменшення залежності від коливань державного бюджету. Страхові механізми дозволяють акумулювати значні фінансові ресурси, розподіляти ризики між учасниками системи та створювати стабілізаційні фонди, що є базою для сталого розвитку охорони здоров'я.

Медичне страхування впливає на фінансову стабільність насамперед через механізм перерозподілу ризиків. У традиційній бюджетній системі фінансування ризики непередбачених витрат на охорону здоров'я покладаються переважно на державу, тоді як страхова модель розподіляє їх між широким колом страхувальників – роботодавцями, працівниками, громадянами, приватними страховими компаніями. Це створює більш стійку фінансову структуру, у якій дефіцит коштів одного учасника компенсується надходженнями від інших. Завдяки принципу солідарності страхові внески багатьох учасників формують стабільний грошовий потік, який забезпечує безперебійне фінансування медичних послуг навіть за умов економічних коливань. Такий підхід мінімізує ризики нестачі ресурсів і знижує навантаження на державний бюджет.

Важливою складовою фінансової стабільності є диверсифікація джерел фінансування, яку забезпечує медичне страхування. У межах змішаної моделі охорони здоров'я кошти надходять не лише з державного бюджету, а й зі страхових фондів, добровільних внесків, корпоративних програм та

інвестиційних доходів страхових організацій. Це зменшує залежність медичних установ від бюджетних асигнувань і створює передумови для гнучкого фінансового управління. У країнах із розвиненою страховою системою саме страхові внески становлять основну частку фінансових ресурсів у секторі охорони здоров'я, що дозволяє підтримувати високий рівень фінансування навіть у періоди економічних спадів. Для України цей підхід має стратегічне значення, адже розширення страхових джерел фінансування знижує ризик недофінансування медичної галузі та сприяє її макроекономічній стабільності.

Суттєвий вплив на фінансову рівновагу системи здійснює механізм формування та використання страхових фондів, який забезпечує прогнозованість і контрольованість витрат. На відміну від бюджетного фінансування, де ресурси розподіляються адміністративним шляхом, страхові фонди діють за принципом економічної доцільності – кошти спрямовуються на оплату конкретних послуг, наданих застрахованим особам. Це стимулює ефективне використання фінансових ресурсів, підвищує мотивацію медичних закладів до якості обслуговування та прозорість розрахунків між страховиками і постачальниками послуг. Впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що реалізується в Україні через діяльність Національної служби здоров'я, є практичним проявом такого підходу, коли фінансування безпосередньо залежить від обсягу наданої допомоги.

Ще одним важливим аспектом є створення фінансових резервів і стабілізаційних механізмів, які дозволяють компенсувати непередбачені витрати на лікування у періоди епідемій, воєнних дій чи економічних криз. Страхові компанії формують резервні фонди на випадок збільшення кількості страхових випадків або різкого зростання вартості медичних послуг. Наявність таких фондів підвищує стійкість системи до зовнішніх шоків, забезпечує безперервність виплат і своєчасність розрахунків із медичними закладами. На макрорівні ці резерви виконують роль стабілізатора, який знижує соціальні ризики, запобігає дефіциту медичних ресурсів і підтримує фінансову рівновагу в державі.

Не менш значущим є вплив інвестиційної діяльності страхових організацій на фінансову стійкість галузі. Акумульовані кошти страхових фондів не лише обслуговують поточні потреби, а й можуть бути інвестовані у розвиток медичної інфраструктури – будівництво лікарень, придбання сучасного обладнання, впровадження цифрових технологій. Такі інвестиції сприяють довгостроковому зміцненню матеріально-технічної бази охорони здоров'я та забезпечують мультиплікативний ефект для економіки, оскільки створюють робочі місця й підвищують рівень якості послуг. У результаті страхові механізми стають не лише джерелом стабільного фінансування, а й важливим фактором розвитку медичної системи на інноваційних засадах.

Медичне страхування у сучасних соціально-економічних системах виконує не лише фінансову, а й стратегічну функцію – забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг належної якості. Його роль виходить за межі простого фінансування лікування, перетворюючись на комплексний механізм соціальної підтримки, стимулювання ефективності медичних закладів та підвищення стандартів медичного обслуговування. Через страхові механізми держава та приватний сектор створюють умови, за яких кожен громадянин має можливість отримати необхідну медичну допомогу незалежно від доходу, віку, місця проживання чи соціального статусу [10; 35].

Одним із головних завдань медичного страхування є забезпечення доступності медичних послуг. У межах обов'язкових страхових програм держава гарантує громадянам певний мінімальний обсяг медичної допомоги, що фінансується за рахунок колективних страхових внесків. Такий підхід знижує бар'єри для звернення до лікарів, зменшує частку власних витрат населення на лікування і сприяє формуванню рівноправного доступу до системи охорони здоров'я. Для осіб із низькими доходами, пенсіонерів чи безробітних функцію сплати страхових внесків бере на себе держава, що забезпечує принцип соціальної справедливості. Добровільне та корпоративне медичне страхування розширюють ці можливості, надаючи громадянам вибір у сфері медичних послуг і створюючи альтернативні канали фінансування галузі.

Завдяки страховим механізмам відбувається оптимізація структури фінансування медичних закладів, що безпосередньо впливає на якість послуг. Оплата медичної допомоги за договорами страхування базується на принципі еквівалентності – кошти спрямовуються до тих установ, які реально надають послуги застрахованим пацієнтам. Це стимулює лікарні та клініки підвищувати рівень обслуговування, впроваджувати сучасні технології діагностики та лікування, підвищувати кваліфікацію персоналу. Конкуренція між медичними установами за страхових клієнтів сприяє покращенню сервісу, дотриманню стандартів безпеки пацієнтів і прозорому використанню фінансових ресурсів. У результаті якість медичних послуг стає не адміністративним показником, а економічною необхідністю для виживання закладу в умовах ринкових відносин.

Важливою складовою підвищення якості є запровадження системи контролю та оцінювання результатів лікування, які фінансуються через страхові програми. Страховики проводять моніторинг ефективності наданих послуг, аналізують показники задоволеності пацієнтів, витрат на лікування, частоти повторних звернень тощо. Це дозволяє виявляти неефективні медичні практики, запобігати надмірному використанню ресурсів і знижувати ризик надання неякісних послуг. Крім того, страхові компанії часто фінансують акредитацію медичних закладів, участь у міжнародних програмах сертифікації якості та підвищення кваліфікації медичного персоналу. Таким чином, контрольна функція страхування стає дієвим інструментом підвищення професійних стандартів у медицині.

Медичне страхування також відіграє вагому роль у забезпеченні регіональної рівності в доступі до медичних послуг. У багатьох країнах страхові фонди здійснюють перерозподіл коштів між регіонами з урахуванням демографічних та епідеміологічних особливостей. Це дозволяє спрямовувати додаткові ресурси в ті території, де рівень забезпеченості медичними кадрами або інфраструктурою є нижчим. Для України, де існують суттєві територіальні диспропорції у розвитку системи охорони здоров’я, така функція страхових механізмів є особливо актуальною. Розвиток цифрових технологій,

електронного документообігу та телемедицини, що інтегруються у страхові програми, сприяє подоланню географічних бар'єрів і розширює доступ до якісних послуг навіть у віддалених громадах [46].

Крім фінансової функції, страхування стимулює профілактичний підхід до охорони здоров'я. Страхові компанії зацікавлені у зменшенні кількості страхових випадків і тому активно фінансують програми профілактики, диспансеризації, вакцинації та популяризації здорового способу життя. Це не лише покращує стан здоров'я населення, а й знижує загальні витрати на лікування. Таким чином, медичне страхування перетворюється на інструмент управління здоров'ям населення, що забезпечує економічну ефективність і соціальну стійкість системи охорони здоров'я.

Розвиток медичного страхування є не лише наслідком економічного зростання, а й одним із його ключових чинників. Страхова система виступає інституційним елементом, який забезпечує соціальну стабільність, стимулює формування людського капіталу та зміцнює фінансову безпеку держави. Рівень розвитку медичного страхування прямо корелює з такими соціально-економічними показниками, як валовий внутрішній продукт (ВВП) на душу населення, індекс людського розвитку, тривалість життя, рівень бідності та соціальної нерівності. Країни з високими показниками охоплення населення медичним страхуванням, як правило, характеризуються більш стійкими економічними системами, нижчим рівнем соціальних ризиків і вищою продуктивністю праці.

Першим проявом взаємозв'язку є вплив медичного страхування на економічну активність населення. Наявність ефективної страхової системи зменшує індивідуальні фінансові ризики, пов'язані з хворобами, і сприяє збереженню працездатності робочої сили. За даними Світового банку та ВООЗ, у країнах, де понад 80 % населення охоплено медичним страхуванням (зокрема в Німеччині, Франції, Японії), рівень втрат робочого часу через хвороби є на 30–40 % нижчим, ніж у країнах із переважно бюджетною системою. Зниження витрат домогосподарств на лікування підвищує їхню купівельну спроможність, а отже – сприяє внутрішньому попиту та зростанню ВВП. Таким чином,

медичне страхування виступає непрямим фактором економічної динаміки через механізм відтворення робочої сили [35; 41; 156].

Другий напрям взаємозв'язку полягає у впливі рівня страхового покриття на соціальну стабільність і якість життя. У країнах із розвиненою страховою системою частка витрат громадян на медичні послуги становить менше 20 % загальних витрат на охорону здоров'я, тоді як у державах із низьким рівнем розвитку страхування – понад 45 %. Це свідчить про менше фінансове навантаження на населення та нижчий ризик «катастрофічних витрат» домогосподарств. Висока доступність медичної допомоги сприяє зростанню середньої тривалості життя, зниженню дитячої смертності, підвищенню рівня освіти й людського потенціалу. Отже, медичне страхування є системним чинником підвищення соціального добробуту та індикатором розвитку соціальної держави [124; 157].

Третім аспектом є вплив страхування на інвестиційну привабливість і фінансову стабільність країни. Акумульовані страхові резерви виступають важливим джерелом довгострокового капіталу, який може бути спрямований у державні облігації, медичну інфраструктуру, фармацевтичний сектор та соціальні програми. Це підвищує ліквідність фінансового ринку та сприяє диверсифікації джерел державного фінансування. Міжнародна практика показує, що в країнах із розвиненим страховим сектором частка страхових активів у ВВП перевищує 20 %, тоді як у державах із перехідною економікою – не більше 5–7 %. Зростання цього показника прямо пов'язане з макроекономічною стійкістю, рівнем кредитного рейтингу держави та її інвестиційною привабливістю [41; 144].

На соціально-економічному рівні розвиток медичного страхування також тісно пов'язаний із реалізацією принципів сталого розвитку, зокрема Цілей сталого розвитку ООН (SDG 3 – «Добре здоров'я і благополуччя» та SDG 8 – «Гідна праця та економічне зростання»). Забезпечення населення доступною медичною допомогою через страхові механізми сприяє підвищенню соціальної згуртованості, формуванню інклюзивного суспільства та зменшенню нерівності. Держави, які інтегрували страхові принципи у систему охорони

здоров’я, демонструють більш збалансовані темпи економічного розвитку, оскільки інвестиції у здоров’я населення мають довгостроковий мультиплікативний ефект – кожен долар, вкладений у профілактику, приносить у середньому 3–5 доларів економічної вигоди у вигляді зростання продуктивності праці [131; 156].

В Україні взаємозв’язок між рівнем розвитку медичного страхування та соціально-економічними показниками лише формується. Попри переважно бюджетну модель фінансування, реформа медичної системи, започаткована у 2017 році, створила підґрунтя для поступового переходу до змішаної системи. Впровадження договорів між медичними закладами та Національною службою здоров’я України (НСЗУ) за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» підвищило ефективність фінансування і забезпечило більш рівномірний розподіл ресурсів. Подальший розвиток добровільного та корпоративного страхування може суттєво вплинути на макроекономічні показники – підвищити обсяг приватних інвестицій у медицину, знизити бюджетне навантаження та стимулювати розвиток внутрішнього страхового ринку [79; 155].

Для системного розуміння взаємозв’язку між рівнем розвитку страхування та соціально-економічними показниками держави доцільно представити узагальнену таблицю 1.7, яка демонструє основні напрями впливу страхової системи на економіку та соціальну сферу.

Таким чином, рівень розвитку медичного страхування виступає не лише індикатором соціальної зрілості держави, а й важливим економічним драйвером, який забезпечує сталість фінансування охорони здоров’я, підвищує якість людського капіталу й сприяє довгостроковому зростанню національного добробуту.

Держава відіграє ключову роль у формуванні, регулюванні та контролі системи медичного страхування, оскільки саме вона забезпечує баланс між соціальними гарантіями, економічною ефективністю та інтересами учасників страхового ринку. У сучасних умовах роль держави полягає не лише у фінансуванні базових медичних програм, а й у створенні правових, інституційних та економічних передумов для розвитку страхової системи. Вона

виступає одночасно законодавцем, регулятором, гарантом і співфінансистом, забезпечуючи стійкість, прозорість і соціальну спрямованість страхових відносин у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 1.7

Взаємозв'язок між рівнем розвитку медичного страхування та соціально-економічними показниками держави

Показник або аспект	Вплив медичного страхування	Соціально-економічний результат
Економічна активність населення	Зменшення втрат робочого часу через хвороби, фінансовий захист домогосподарств.	Зростання продуктивності праці, підвищення ВВП, розширення внутрішнього попиту.
Соціальна стабільність	Колективне фінансування медичних послуг, гарантії держави для незахищених груп.	Зниження рівня бідності та соціальної нерівності, підвищення індексу людського розвитку.
Фінансова безпека держави	Акумуляція страхових резервів і їх інвестування в економіку.	Зміцнення фінансової стійкості, зростання інвестиційного потенціалу.
Якість людського капіталу	Підвищення рівня здоров'я, тривалості життя та профілактичної активності населення.	Зростання конкурентоспроможності економіки, поліпшення демографічної структури.
Сталий розвиток	Інтеграція страхових механізмів у реалізацію соціальних програм.	Досягнення Цілей сталого розвитку ООН, формування інклюзивної соціальної моделі.

Примітка. Розроблено автором за даними [35; 41; 124; 156; 157]

Першим напрямом участі держави є нормативно-правове забезпечення функціонування системи медичного страхування. Держава визначає базові принципи, умови та стандарти страхової діяльності шляхом прийняття законів, підзаконних актів і галузевих нормативів. У цьому контексті в Україні основними документами є Закони України «Про страхування», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» та низка постанов Кабінету Міністрів, що регламентують взаємодію між Національною службою здоров'я України (НСЗУ), медичними закладами й страхувальниками. Таке законодавче поле створює інституційну основу для функціонування змішаної моделі фінансування медицини, поєднуючи бюджетні, страхові та приватні механізми [78; 79].

Друга важлива функція держави – регулювання діяльності страхових організацій і медичних фондів. Це включає ліцензування, нагляд за платоспроможністю страховиків, контроль за формуванням резервів і дотриманням страхових стандартів. У більшості країн такі функції покладаються на спеціальні державні органи – страхові наглядові служби або агентства охорони здоров'я. В Україні контроль за страховими компаніями здійснює Національний банк України (НБУ), а за реалізацію державних програм медичного страхування відповідає НСЗУ. Завдяки цьому забезпечується фінансова стабільність страхового ринку, захист прав застрахованих осіб і прозорість використання коштів.

Третім напрямом державного регулювання є фінансова участь держави у формуванні страхових фондів і програмах охорони здоров'я. Держава забезпечує співфінансування медичних послуг для соціально вразливих груп населення – пенсіонерів, дітей, осіб з інвалідністю, безробітних, учасників бойових дій. Це здійснюється через бюджетні трансферти до страхових фондів або шляхом оплати державних медичних гарантій. Такий механізм реалізує принцип соціальної справедливості, гарантує універсальний доступ до медичної допомоги та водночас зменшує ризики фінансової нестабільності страхових організацій. В умовах економічних викликів, таких як пандемія COVID-19 або війна, роль держави як фінансового стабілізатора значно зростає, адже саме вона забезпечує збереження медичної інфраструктури та компенсацію збитків системи охорони здоров'я.

Важливою сферою участі держави є контроль якості медичних послуг і захист прав застрахованих осіб. Держава встановлює стандарти медичного обслуговування, вимоги до акредитації закладів охорони здоров'я, порядок ведення медичної документації та стандарти звітності. Через систему державного моніторингу, аудиту й незалежної експертизи вона забезпечує дотримання вимог до якості медичної допомоги та ефективності використання страхових коштів. У межах діяльності НСЗУ здійснюється аудит договорів між лікарнями і страховими фондами, моніторинг виконання програм медичних гарантій і контроль за обсягом наданих послуг. Це створює основу для

формування довіри між громадянами, медичними установами та страховими компаніями.

Для системного відображення напрямів і форм державного впливу на страхові відносини доцільно узагальнити їх у таблиці 1.8, що демонструє основні інструменти регулювання та їх функціональне значення.

Таблиця 1.8

Роль держави у регулюванні страхових відносин у сфері охорони здоров'я

Напрям державного регулювання	Інструменти та форми реалізації	Функціональне значення
Нормативно-правове забезпечення	Закони, постанови, стандарти, ліцензійні вимоги.	Створює правову основу для функціонування системи страхування.
Регулювання діяльності страховиків	Ліцензування, фінансовий нагляд, контроль платоспроможності.	Гарантує стабільність страхового ринку та захист прав застрахованих.
Фінансова участь держави	Бюджетні трансферти, компенсаційні програми, співфінансування внесків.	Забезпечує доступ до медичних послуг для соціально вразливих груп.
Контроль якості медичних послуг	Аудит, акредитація закладів, стандарти лікування, медичний моніторинг.	Підвищує рівень якості послуг, прозорість і довіру до системи.
Стимулювання добровільного страхування	Податкові пільги, інвестиційна підтримка, державне партнерство.	Розширює ринок страхових послуг, зменшує навантаження на бюджет.
Європейська інтеграція та координація	Гармонізація з нормами ЄС, адаптація директив, цифровізація.	Підвищує міжнародну конкурентоспроможність системи охорони здоров'я.

Примітка. Розроблено автором за даними [77; 78; 79; 7; 155]

Ще одним напрямом державного впливу є стимулювання розвитку добровільного та корпоративного страхування. Держава може застосовувати податкові пільги для роботодавців і громадян, які укладають договори медичного страхування, підтримувати розвиток інноваційних страхових продуктів і цифрових платформ. У розвинених країнах такі стимули довели свою ефективність – наприклад, у Нідерландах і Франції добровільне медичне страхування охоплює понад 80 % населення, доповнюючи державні програми. В Україні запровадження податкових преференцій для роботодавців, які фінансують медичне страхування працівників, може стати дієвим кроком для розширення страхового ринку та залучення приватних інвестицій у медицину.

В умовах інтеграції до європейського простору держава також виконує координаційну функцію, забезпечуючи адаптацію національної системи страхування до вимог ЄС. Це передбачає гармонізацію законодавства з директивами Європейського Союзу (зокрема щодо захисту персональних даних, фінансової звітності та електронного документообігу у сфері охорони здоров'я), створення прозорих умов для іноземних інвесторів і забезпечення взаємного визнання страхових полісів. Така політика сприяє зміцненню довіри до національної страхової системи й формує передумови для міжнародного співробітництва у сфері медицини.

Таким чином, держава виступає центральною ланкою у системі медичного страхування – не лише як регулятор і гарант соціального захисту, але й як стратегічний координатор розвитку всієї медичної інфраструктури, що забезпечує її стійкість, ефективність і орієнтованість на потреби громадян.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА ТА ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СВІТУ

2.1. Нормативно-правове регулювання медичного страхування в Україні та світі

Конституційна рамка функціонування добровільного медичного страхування в Україні ґрунтується на статті 49 Конституції України, яка одночасно: (а) гарантує право кожного на охорону здоров'я; (б) закріплює безоплатність медичної допомоги в державних і комунальних закладах; (в) забороняє скорочення існуючої мережі таких закладів. Правова доктрина та позиція Конституційного Суду України уточнюють, що частина перша ст. 49 охоплює також право на медичне страхування (за своєю природою – добровільне), поряд з обов'язком держави створювати умови для доступного медичного обслуговування. У сукупності це окреслює межі співіснування державних конституційних гарантій і добровільних страхових інструментів у системі фінансування охорони здоров'я в Україні [21; 22].

На рівні галузевого (секторного) регулювання основу становлять «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII, які визначають принципи державної політики в сфері охорони здоров'я, права пацієнтів і загальні засади фінансування, на які надалі «накладаються» спеціальні закони та підзаконні акти. Після реформи 2017 р. провідну роль відіграє Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII, що закріпив Програму медичних гарантій (ПМГ) і запровадив модель закупівлі медичних послуг єдиним державним платником – Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Функції та правовий статус НСЗУ визначені постановою КМУ № 1101 (2017), а щорічні постанови уряду деталізують порядок реалізації ПМГ (перелік пакетів, умови договорів із надавачами, коригуючі коефіцієнти тощо). У сукупності ця нормативна конструкція забезпечує відмежування «безоплатного кошика» послуг (що фінансуються в межах ПМГ) від медичних послуг поза ПМГ, які можуть

оплачуватися з інших джерел, у тому числі за рахунок договорів добровільного медичного страхування [76; 79].

Спеціальне страхове законодавство доповнює описану вище модель фінансування охорони здоров'я, задаючи рамки для функціонування добровільного медичного страхування. Базовим актом є Закон України «Про страхування» № 85/96-ВР, який визначає загальні умови договору добровільного медичного страхування як окремого виду добровільного страхування, регламентує порядок формування страхових резервів і механізми захисту прав страхувальників. Після впровадження реформи «спліт» (Закон № 79-IX, 2019) повноваження з регулювання та нагляду за небанківським фінансовим сектором, включно зі страховими компаніями, були передані до Національного банку України. НБУ запровадив ліцензійні критерії та ризик-орієнтований підхід до нагляду за надавачами фінансових послуг (Положення № 153 від 24.12.2021), а також ухвалив низку актів для врегулювання роботи учасників ринку в умовах воєнних та інших форс-мажорних обставин (зокрема, постанова № 39 від 06.03.2022). Така конфігурація наближає систему нагляду до європейських практик і підвищує вимоги до платоспроможності та відповідальності страховиків, які пропонують продукти добровільного медичного страхування [78; 77].

У цій конфігурації саме Програма медичних гарантій (ПМГ) визначає гарантований обсяг послуг, які держава оплачує за кожного пацієнта через НСЗУ, причому механізм закупівель і укладення договорів з надавачами чітко регламентований урядовими актами. Поза межами ПМГ діє свобода договірних відносин та конкуренція між страховиками за продуктами ДМС (стаціонар, амбулаторна допомога, лікарські засоби, реабілітація тощо), за умови, що вони не порушують принцип безоплатності в державних і комунальних закладах охорони здоров'я щодо гарантованих послуг. У результаті ринок ДМС законно «доповнює», а не «замінює» ПМГ: добровільні поліси покривають додаткові сервіси, прискорений доступ, послуги приватного сектору, одномісні палати та інші елементи комфорту, тоді як базові медичні послуги, включені до ПМГ, залишаються безоплатними для пацієнта та фінансуються з бюджету. Таке

співвідношення корелює з позицією КСУ щодо тлумачення ст. 49 Конституції України і з щорічними постановами КМУ, які конкретизують зміст та обсяг ПМГ [79; 105].

Стан нормативного забезпечення обов'язкового медичного страхування (ОМС) в Україні залишається перехідним. Попри наявність низки законопроєктів, спеціального закону про ОМС досі не ухвалено. У 2009–2021 роках у Верховній Раді реєструвалися законопроєкти № 4505, № 4981-д та № 2684, проте жоден не був реалізований через відсутність фінансових гарантій і можливий конфлікт із конституційною нормою про безоплатність медичної допомоги. Натомість держава поступово впровадила механізм «єдиного платника» через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), закріплений у Законі «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII. Таким чином, модель обов'язкових внесків замінено бюджетним фінансуванням гарантованих медичних послуг, що виконує страхову функцію без створення окремого фонду. Відсутність повноцінного закону про ОМС залишається перешкодою для інтеграції України у європейську систему соціального страхування, де страхові внески формують основне джерело фінансування охорони здоров'я [25; 79].

Добровільне медичне страхування (ДМС) має чітке нормативне закріплення і є одним з найрозвиненіших сегментів небанківського фінансового сектору. Воно регулюється Законом України «Про страхування» № 85/96-ВР, Цивільним кодексом України (гл. 67), а також нормативними актами Національного банку України, який з 2020 року здійснює ліцензування та нагляд за страховиками. НБУ затвердив вимоги до платоспроможності, звітності та розкриття інформації про страхові продукти (Положення № 153 від 24.12.2021, Постанова № 141 від 29.12.2022). У сфері медичної практики діють ліцензійні умови, затверджені наказом МОЗ № 1422 від 29.12.2016, що встановлюють критерії до медичних закладів – партнерів страховиків. Такий нормативний ланцюг створює прозору правову основу для функціонування ринку ДМС і визначає права страхувальників та відповідальність страховиків.

За даними Національного банку України, станом на ІІІ квартал 2024 року на ринку діяло 128 страхових компаній, що мали ліцензії на медичне страхування, а обсяг валових страхових премій у цьому сегменті становив близько 8,4 млрд грн, що на 22 % більше, ніж роком раніше (рис.2.1). Переважну частку складають корпоративні поліси (близько 80 %), укладені роботодавцями для працівників у межах соціальних пакетів. Рівень страхових виплат за договорами ДМС зріс до 4,9 млрд грн, що свідчить про підвищення якості страхових продуктів та реального використання медичних послуг. Така динаміка відображає формування сегменту приватної страхової медицини, який поступово доповнює державну систему ПМГ [98; 96; 95].

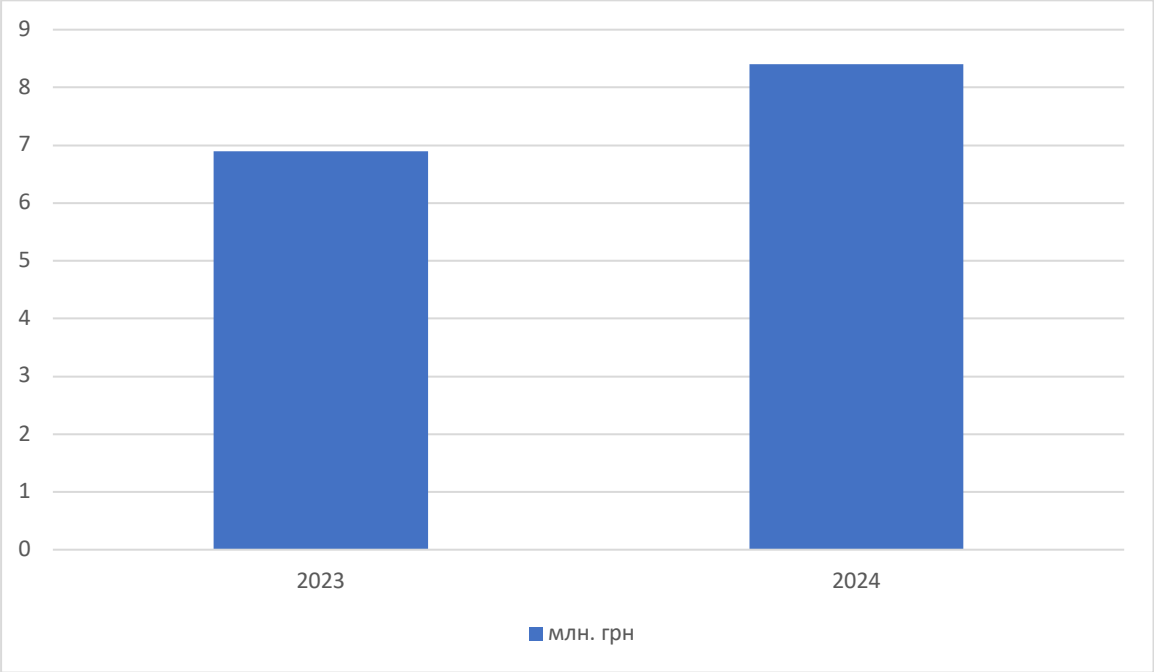


Рис. 2.1. Обсяг валових страхових премій

Примітка. Розроблено автором за даними [98; 96]

Гармонізація нормативного поля з правом Європейського Союзу залишається стратегічним напрямом. Відповідно до Угоди про асоціацію між Україною та ЄС (Додаток XXVII), передбачено адаптацію законодавства до Регламенту (ЄС) № 883/2004 про координацію систем соціального страхування та Директиви 2011/24/ЄС про права пацієнтів при транскордонному лікуванні. У межей програми EU4Health Україна у 2024 році отримала технічну підтримку для підготовки нормативного пакету щодо запровадження ОМС на засадах

спільного фінансування держави, роботодавців і застрахованих осіб. У результаті формується двокомпонентна модель: обов'язкові державні гарантії, що покривають базовий обсяг послуг, і добровільні страхові програми, орієнтовані на розширений пакет медичного обслуговування.

Інституційна система медичного страхування в Україні побудована на взаємодії державних органів, що формують політику в галузі охорони здоров'я, центрального закупівельника послуг – Національної служби здоров'я України (НСЗУ), та приватного страхового сектору, який реалізує добровільне медичне страхування (ДМС). У центрі системи стоїть Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), яке визначає стратегічні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я, розробляє нормативно-правову базу та здійснює регулювання медичної практики. МОЗ затверджує стандарти медичної допомоги, вимоги до ліцензування закладів, номенклатури спеціальностей, а також перелік і зміст пакетів послуг Програми медичних гарантій (ПМГ), що виконують функцію базового державного медичного страхування. Крім того, саме МОЗ координує міжнародне співробітництво у сфері реформування медичного фінансування, включаючи адаптацію законодавства до вимог ЄС і участь у програмах EU4Health [7; 133; 28].

Ключовим виконавчим інститутом фінансування є Національна служба здоров'я України (НСЗУ), створена постановою Кабінету Міністрів № 1101 від 27.12.2017 року. НСЗУ виступає державним платником, який укладає договори з медичними закладами на оплату послуг, що входять до ПМГ. Це фактично модель «єдиного державного страховика», де джерелом фінансування виступають бюджетні кошти, а не внески громадян. НСЗУ адмініструє систему eHealth, забезпечує контроль якості та обсягів наданих послуг, здійснює моніторинг виконання умов договорів і публікує відкриті дані про фінансування медичних установ. За даними звіту НСЗУ за 2024 рік, за програмою ПМГ профінансовано понад 4500 медичних закладів на суму понад 186 млрд грн, що становить 97 % від запланованого бюджету галузі. Такий механізм забезпечує прозорість розподілу державних коштів та наближує модель до європейських систем страхового типу [19; 105; 89].

МОЗ і НСЗУ діють у взаємодії з приватним страховим сектором, який представляють страхові компанії, ліцензовані Національним банком України. Саме вони реалізують програми добровільного медичного страхування (ДМС), забезпечуючи додатковий рівень захисту громадян поза межами державних гарантій. Страхові компанії співпрацюють із приватними та комунальними закладами охорони здоров'я на підставі прямих договорів, узгоджуючи вартість і якість медичних послуг. Національний банк здійснює пруденційний нагляд за фінансовим станом страховиків, контролює формування страхових резервів і прозорість звітності. За статистикою НБУ, у 2024 році страхові компанії виплатили понад 4,9 млрд грн за договорами ДМС, що на 18 % більше, ніж у 2023 році (рис.2.2). Це свідчить про поступове зростання довіри громадян до страхових механізмів у медичній сфері [99; 95].

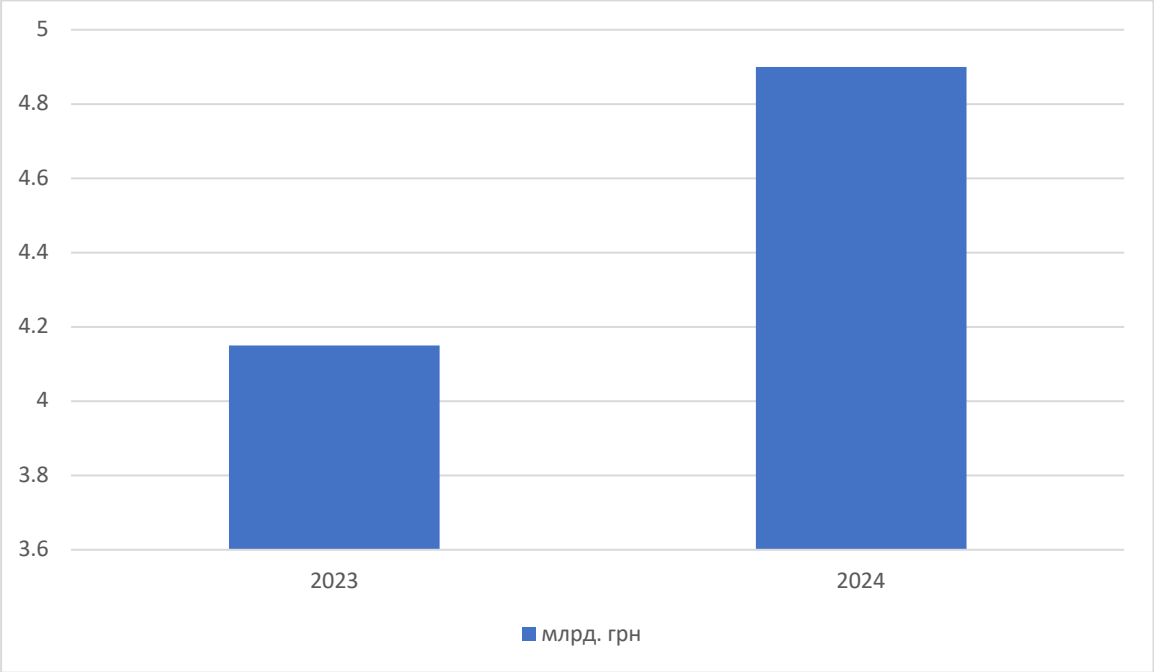


Рис.2.2 Динаміка страхових виплат 2023-2024 роки.

Примітка. Розроблено автором за даними [99; 95]

Взаємодія між державними і приватними інститутами формує змішану модель фінансування охорони здоров'я. МОЗ визначає політику та стандарти, НСЗУ забезпечує оплату гарантованих медичних послуг, а страхові компанії розширюють можливості пацієнтів через ДМС. Однак координація між цими ланками залишається неповною. Відсутність єдиного інформаційного

середовища між системами eHealth і страховими базами обмежує обмін даними про послуги, що покриваються різними джерелами. Для інтеграції системи потрібне законодавче унормування участі приватних страховиків у виконанні частини програм профілактики та реабілітації, а також розроблення єдиних протоколів взаємодії між НСЗУ, МОЗ і фінансовими установами. Таким чином, інституційна структура регулювання поступово переходить до моделі партнерства держави й ринку, орієнтованої на багатоканальне фінансування системи охорони здоров'я.

У Європейському Союзі правове регулювання медичного страхування побудоване на принципі координації, а не уніфікації: держави-члени зберігають власні моделі фінансування (умовно «бісмарківські» та «бевериджівські»), а право ЄС забезпечує свободу пересування соціальних прав і доступ до транскордонної допомоги. Ключовим є Регламент (ЄС) № 883/2004 про координацію систем соціального забезпечення (гарантує збереження прав застрахованих осіб у разі переміщення в межах ЄС/ЄЕЗ/Швейцарії) та Директива 2011/24/ЄС про права пацієнтів на транскордонне лікування, що встановлює умови відшкодування «вдома» за отримані за кордоном послуги. Обидва акти прямо підкреслюють, що координація не замінює національні системи єдиною «європейською»; масштаби і умови покриття визначають держави-члени [133; 28].

У США діє багатоканальна модель з поєднанням приватного та публічного страхування, де федеральне право задає «рамки ринку». Поворотним моментом стало ухвалення у 2010 р. «Patient Protection and Affordable Care Act» (ACA): закон створив біржі планів, запровадив субсидії домогосподарствам і розширення Medicaid (за рішенням штатів), посилив вимоги до полісів (essential health benefits, заборона відмов через pre-existing conditions). Базовий публічний «каркас» формують Medicare і Medicaid, засновані Законом 1965 р. (поправки до Social Security Act). За даними Бюро перепису США, у 2023 р. частка застрахованих становила близько 92 % (≈ 8 % без страхування), що відображає стабілізацію після реформ ACA; водночас поточні судові прецеденти продовжують визначати зміст гарантій, зокрема у

2025 р. Верховний суд зберіг обов'язок покриття профілактичних послуг без співоплат для значної частини населення [70; 64].

Канада формально закріпила єдині на рівні федерації принципи публічного страхування у «Canada Health Act» (R.S.C., 1985, c. C-6), тоді як адміністрація й фінансування – компетенція провінцій/територій. Акт визначає п'ять обов'язкових критеріїв, дотримання яких є умовою федеральних трансфертів: публічне адміністрування, всеохопність, універсальність, портативність і доступність. Структурно це «одноплатіжна» система (single-payer) для «медично необхідних» послуг у лікарнях і у лікарів, доповнена приватним/груповим добровільним покриттям позалікарняних ліків, стоматології тощо – у межах, дозволених провінційним правом. Сам «Canada Health Act» слугує інструментом правового вирівнювання стандартів між регіонами через умовність фінансування.

Японія забезпечує загальне обов'язкове медичне страхування з 1961 р. через мережу статутних фондів: схеми для найманих працівників та «національне медичне страхування» для самозайнятих/пенсіонерів, з юридично обов'язковим приєднанням і стандартизованими пакетами. Історично частка витрат, що покривалися страховкою, зростала (від ≈ 50 % у 1961 р. до вищих рівнів надалі), а параметри співоплат і референтних тарифів переглядаються урядом циклічно; нормативну роль відіграє Міністерство охорони здоров'я, праці та добробуту (MHLW), яке встановлює єдині національні тарифи та правила договорів закладів з фондами. Японська модель є прикладом суворого правового регулювання внесків, тарифів і доступу при збереженні множинності платників у межах єдиних національних правил [70; 116].

Першою структурною проблемою є відсутність повноцінної моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС) у законі при одночасній дії бюджетної моделі «єдиного платника» через НСЗУ. Закон № 2168-VIII визначає Програму медичних гарантій (ПМГ) і механізм закупівлі послуг за бюджетні кошти, але не запроваджує страхових внесків та солідарного фонду у правовому розумінні ОМС (внески застрахованих осіб/роботодавців). Додаткову складність становить конституційна гарантія безоплатності

медичної допомоги в державних і комунальних закладах (ст. 49), офіційне тлумачення якої Конституційним Судом окреслює верхню межу дозволених співоплат і приватних платежів у межах гарантованого пакета; це потребує дуже точного законодавчого розмежування між безоплатним «ядром» ПМГ та оплатними/страховими сервісами поза ним. Напрям удосконалення – ухвалення рамкового закону про ОМС із поетапним запуском внесків (спершу для економічно активних груп), закріпленням солідарного фонду й чіткою координацією з ПМГ, аби уникнути дублювань і конституційних колізій.

Друга група проблем стосується визначеності гарантованого пакета та методів тарифоутворення. Чинне право фіксує ПМГ і принцип закупівлі, але більш детальне й стабільне (надбюджетне) визначення переліку послуг і критеріїв їх включення/виключення бракує; це зумовлює щорічну «бюджетну волатильність» змісту пакета. Рішенням може бути обов'язкова оцінка медичних технологій (HTA) для всіх нових послуг/ліків у ПМГ із закріпленням у законі процедур та строків перегляду пакета. База для цього вже створена: урядовий декрет 2020 р. запровадив обов'язковість HTA для лікарських засобів під публічним покриттям, а профільні інституції HTA функціонують у складі ДЕЦ МОЗ з 2019 р.; завдання – підняти цю вимогу на рівень закону, поширити на медичні процедури/вироби та зв'язати із DRG-тарифами і правилами включення до ПМГ. Додатково доцільно кодифікувати методики тарифоутворення (DRG/референтні тарифи) і вимоги до публічності даних, аби забезпечити прогнозованість для надавачів [68; 106].

Третя ділянка проблем стосується регулювання добровільного медичного страхування (ДМС) як доповнення до ПМГ. Після «спліту» НБУ запровадив ризик-орієнтований нагляд, нові ліцензійні та розкривальні вимоги для страховиків; це вже підвищило якість ринку, але гармонізацію із підходами Solvency II та правилами продуктового дизайну (plain language, ключовий інформаційний документ, стандартизовані винятки/періоди очікування) варто закріпити в законодавстві, а не лише в підзаконних актах. Перспективний напрям – унормувати взаємодію ДМС із державним пакетом: правила «wrap-around» (коли добровільний поліс доповнює ПМГ, а не дублює), портативність

полісів між роботодавцями, мінімальні вимоги до мережі партнерів і прозорі механізми розв'язання спорів. Окремо доцільно переглянути податкові норми для стимулювання групових полісів (з урахуванням сучасної редакції ПКУ), аби уникнути неоднозначностей щодо оподаткування премій і виплат.

Четверта площина – цифрова сумісність і євроінтеграція. Електронна система охорони здоров'я (eHealth) суттєво просунулась, однак правові механізми доступу страхових компаній до необхідних медичних даних (на умовах згоди пацієнта, мінімізації та інтероперабельності) залишаються фрагментарними; відсутність уніфікованих API/стандартів обмежує контроль якості й боротьбу з шахрайством у ДМС та закупівлях ПМГ. Необхідні законодавчі зміни до режимів обробки даних, вторинного використання для цілей страхування/планування та запровадження обов'язкових стандартів інтероперабельності, синхронізованих із acquis ЄС. З урахуванням асоціації України до програми EU4Health та партнерства з ЄК у сфері охорони здоров'я, логічно закріпити у дорожній карті імплементацію стандартів безпеки/інтероперабельності та механізм транскордонної портативності страхових прав у межах майбутнього ОМС і чинного ПМГ.

2.2. Аналітична оцінка структури та сучасного стану розвитку медичного страхування в Україні

Слід почати з того що динаміка премій і виплат у небанківському страхуванні після шоку 2022 року повернулася до помірного зростання. За підсумками III кв. 2024 р. Нацбанк фіксує підвищення валових премій у двох сегментах: +12% кв/кв у ризиковому страхуванні та +10% у страхуванні життя; виплати також зростали, причому тенденція підвищення виплат у ризикових видах тягнеться з початку 2023 р. Структурно ринок утримують транспортні та особисті види; сукупно вони формують понад 80% премій і понад 90% виплат, що опосередковано відображає вагу медичного страхування в «особистому» блоці (життя, здоров'я, асистанс) [98; 101].

У власне медичному страхуванні (ДМС) ключові обсяги забезпечують корпоративні поліси. За підсумками 2024 р., за даними Національної асоціації

страховиків України (НАСУ), премії у non-life сягнули 47,3 млрд грн, а частка страхування здоров'я в структурі ризикових премій становила близько 23% (рис.2.3). Це дає орієнтир річних премій за медичним страхуванням на рівні близько 10,9 млрд грн. Важливо враховувати: дані НАСУ відбивають зріз ринку її учасників і агреговану ринкову статистику, а регуляторні звіти НБУ можуть відрізнятися за методологією (класифікація ліній бізнесу, періодизація, очищення на перестрахування тощо) [95; 101].

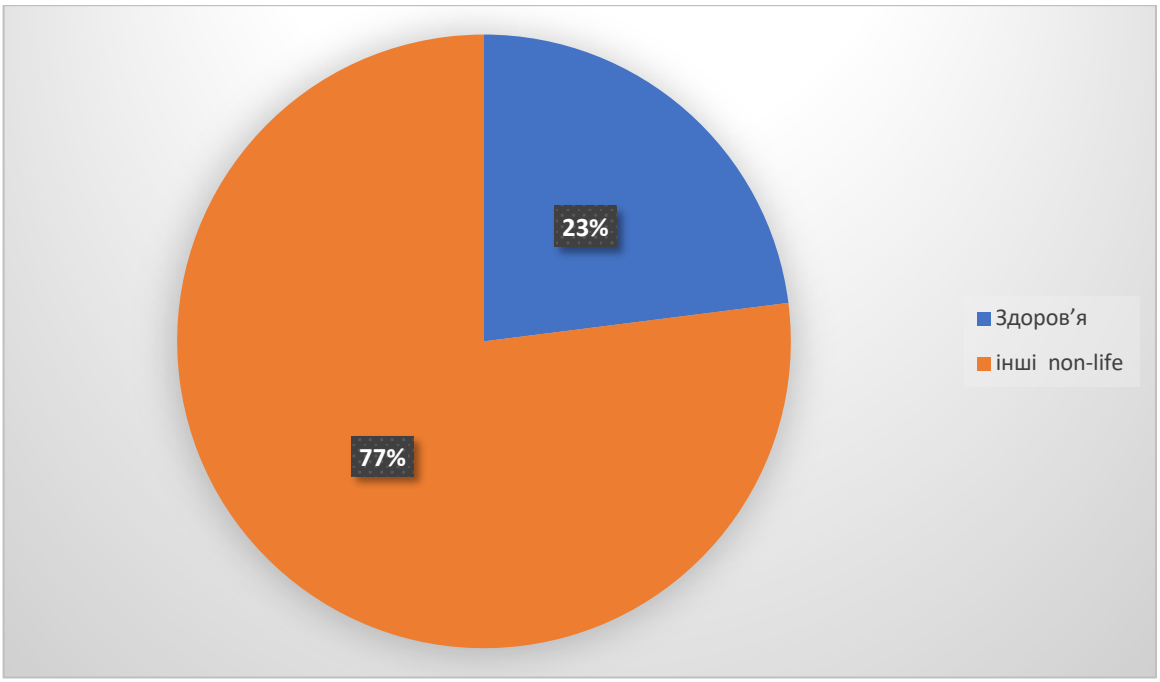


Рис.2.3 Схема структури ризикових премій

Примітка. Розроблено автором чи за даними [95; 101]

Динаміка виплат у ДМС відповідає загальному тренду підвищення коефіцієнтів виплат у ризикових видах після 2022 р. НБУ звітує про послідовне зростання виплат упродовж 2023–2024 рр.; у профільній розбивці медичне страхування фігурує серед основних добровільних видів, для яких у 2023 р. регулятор фіксував підвищення рівня виплат разом із іншими масовими лініями (КАСКО тощо). Це корелює з ринковими оцінками щодо збільшення фактичного використання полісів (зростання звернень на амбулаторні та лікарські послуги, реабілітацію).

Частка ДМС у ВВП поки що залишається низькою, що вписується у загальний висновок НБУ про низьку «penetration» страхування в Україні.

Орієнтовна оцінка для 2024 р.: премії ДМС ≈ 10,9 млрд грн (оцінка за даними НАСУ), а номінальний ВВП 2023 р. становив 6 537,8 млрд грн (останні повні річні дані Держстату). Отже, частка ДМС у ВВП – близько 0,17% (10,9 / 6 537,8 × 100%). Навіть з огляду на методологічні відмінності між регуляторними й галузевими панелями, порядок величини залишається дуже малим у порівнянні з розвиненими ринками – це підтверджується загальними оцінками НБУ щодо низької проникненості страхування [95; 142].

Лідерство на ринку ДМС у 2024–2025 рр. зосереджене в кількох великих універсальних страховиках із розгалуженими мережами партнерських клінік та сильною корпоративною клієнтською базою. За оперативними рейтингами профільних панелей ДМС у 2024–поч.2025 рр. стабільно у топ-групі присутні UNIQA**,** INGO**,** ARX**,** а також ТАС СГ та ще кілька гравців; у поквартальних зрізах 2025 р. за зібраними преміями з ДМС перші позиції займали UNIQA, INGO та ARX, із подальшими місцями за UNIVERSALNA/TAC (у залежності від періоду). Галузеві огляди НАСУ підкреслюють високу концентрацію: понад 80% премій з медичного страхування припадає на учасників НАСУ, а частка «health» у структурі ризикових премій у 2024 р. сягала ~20–23% (залежно від методики) – це підтверджує провідну роль кількох великих компаній у формуванні сегмента ДМС та його динаміки в повоєнних умовах [44; 96].

Портфель ДМС у лідерів ринку є переважно корпоративним: типові продукти – амбулаторно-поліклінічні та стаціонарні програми з додатковими сервісами (ліки, стоматологія, check-up, телемедицина, реабілітація), кастомізовані під HR-політику роботодавців. Публічна звітність окремих компаній показує високу інтенсивність використання полісів: наприклад, UNIQA лише за січень–лютий 2024 р. повідомляла про 63,45 млн грн (січень) та 65,19 млн грн (лютий) виплат саме за ДМС – це свідчить про сформований «потік» звернень і про реальне споживання послуг за корпоративними програмами в умовах зростання медичних потреб населення під час війни й релокацій. У ARX (ex-AXA) сумарні клієнтські виплати за всіма видами страхування у 2024 р. становили майже 1,8 млрд грн (+23 % р/р), що

побічно характеризує масштаби бізнесу та платоспроможність для великих портфелів ДМС (частку ДМС компанія не деталізує у відкритих релізах) [149; 6].

Фінансова стійкість і доступ до перестрахового покриття залишаються ключовими відмінниками провідних учасників. У 2024 р. міжнародні ініціативи з підтримки перестрахування воєнних ризиків (зокрема гарантійна програма EBRD/Aon для внутрішніх перевезень) прямо включали українських страховиків INGO та UNIQA як учасників – це сигнал довіри з боку міжнародних партнерів і індикатор якості ризик-менеджменту та комплаєнсу в цих групах, що опосередковано посилює їхню спроможність підтримувати великі портфелі медичного страхування в складних умовах ринку. На рівні всієї галузі висока концентрація премій у ТОП-10 (понад 71 %) зберігається, що для споживачів означає доступ до стандартизованих продуктів і більшу передбачуваність виплат, але для конкуренції – ризик «бар'єрів входу» в сегменті ДМС для середніх і малих гравців, які гірше інтегровані в мережі приватних клінік і мають обмежені бюджети на сервісні платформи та eHealth-інтеграції [135; 140].

Стратегічні пріоритети провідних страховиків у ДМС на 2025 р. – утримання корпоративного сегмента та поступове масштабування роздрібних пропозицій із цифровими каналами, включно з телемедичними консультаціями, е-фармацією та профілактичними пакетами. Публічні ринкові дані й квартальні рейтинги свідчать, що саме компанії з найбільшою мережею провайдерів і власними/партнерськими асистанськими центрами зберігають цінову конкурентоспроможність і рівень сервісу, а також краще проходять періоди пікових навантажень (епідеміологічні «хвилі», сезонні стрибки захворюваності). Водночас підвищення прозорості структури портфелів (розкриття частки ДМС у преміях/виплатах) та уніфікація звітності за методологією НБУ дозволили б академічному та державному аналізу точніше зіставляти ефективність різних бізнес-моделей у ДМС, що важливо для регуляторних рішень і для розробки політики інтеграції ДМС з Програмою медичних гарантій.

Структуру попиту на ДМС формує насамперед корпоративний сегмент. За даними НАСУ, у структурі non-life ринку медичне страхування стабільно входить до трійки найбільших ліній бізнесу: у 2024 р. «health» становило близько 16,5–18% премій non-life, а у виплатах його частка була ще вищою (приблизно 24–27%), що опосередковано відображає домінування корпоративних програм із високою інтенсивністю використання. НАСУ також фіксує високу концентрацію: на ТОП-10 страховиків припадає понад 71% премій (рис 2.4), а частка учасників НАСУ у «health» близько 80%, що означає переважання великих провайдерів з корпоративними портфелями та мережами клінічних партнерів [95; 96].

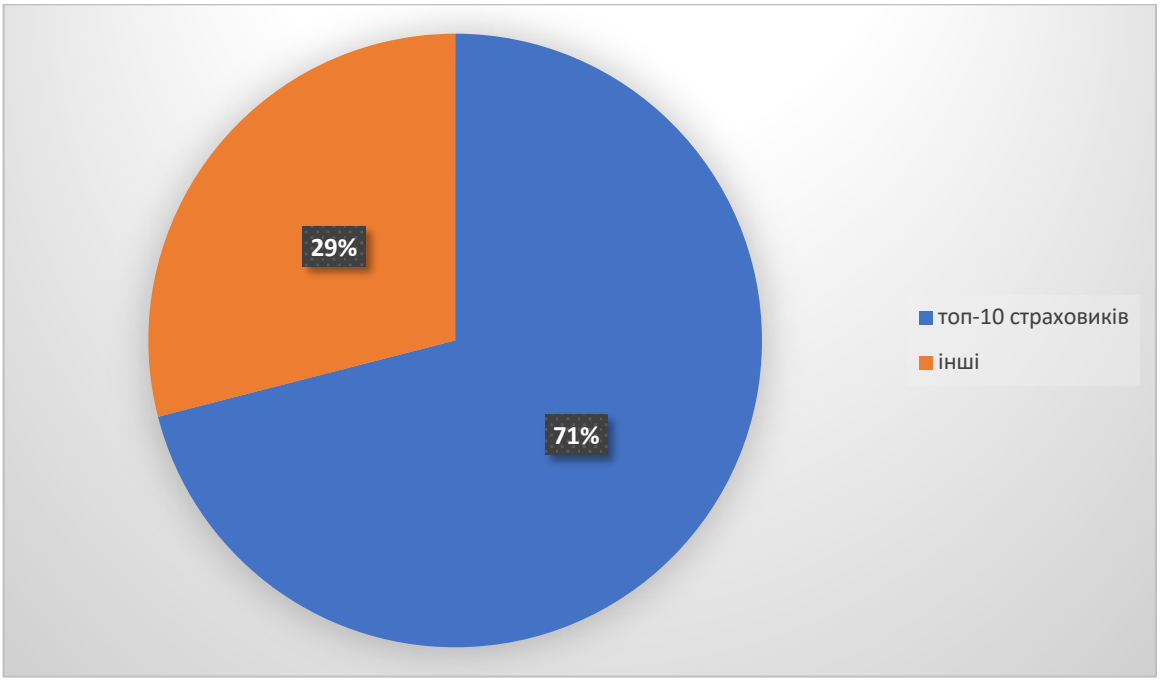


Рис. 2.4 Концентрація ринку ДМС

Примітка. Розроблено автором за даними [95; 96]

Типові продукти ДМС охоплюють амбулаторно-поліклінічні та стаціонарні програми, забезпечення ліками, невідкладну допомогу/асистанс, стоматологію, реабілітацію, check-up і телемедицину; вартість та покриття варіюють залежно від набору ризиків, рівня програми, кількості застрахованих і регіону обслуговування. Профільні описи ринку узагальнюють, що корпоративні поліси є «кістяком» продажів, тоді як роздрібні пропозиції масштабуються через цифрові канали та партнерства з приватними мережами.

Така конструкція портфелів транслюється у вищі частки «health» саме у виплатах, оскільки корпоративні програми мають більшу частоту звернень, ніж інші масові ризикові продукти.

Рівень охоплення населення ДМС залишається низьким за міжнародними мірками і не має офіційної щорічної державної оцінки у вигляді частки населення з полісами. Доступні міжнародні та наукові джерела вказують на мінімальну роль добровільного страхування у фінансуванні охорони здоров'я України: за оцінкою ВООЗ/Європейської обсерваторії (довоєнний період), VHI забезпечувало близько 1% сукупних видатків на здоров'я (поряд із високими приватними витратами з кишені), що узгоджується з висновком про невисоке проникнення полісів у домогосподарства. З урахуванням воєнного часу і домінування корпоративних покупок ДМС, характеристика «низьке покриття населення – високе навантаження на корпоративні програми» залишається актуальною, що також непрямо підтверджується поточною структурою премій/виплат за даними НАСУ [122; 136].

Динаміка клієнтської бази у 2024–2025 рр. відзначається радше зростанням середнього чеку/вартості програм, ніж швидким приростом кількості застрахованих осіб: учасники ринку прямо вказують, що підвищення витрат на медичні послуги та інфляція в медицині збільшують середні премії, тоді як кількість клієнтів зростає повільно. Корпоративні контракти з великими роботодавцями (наприклад, у державному секторі й ТЕК) залишаються ключовим драйвером охоплення працівників, про що регулярно повідомляють як галузеві огляди, так і публічні закупівлі/тендери на корпоративне ДМС. Для формування офіційної оцінки «% населення з полісами ДМС» доцільно узгодити методику збору даних на рівні регулятора та галузевих асоціацій (кількість індивідуальних застрахованих осіб за договорами ДМС, без подвоєнь у групових полісах).

Ефективність приватних страхових фондів (ДМС) доречно оцінювати через ринкові показники збалансованості ризику: коефіцієнти виплат (claims paid ratio / net loss ratio), комбінований коефіцієнт (net combined ratio), частку перестрахування та динаміку резервів. За узагальненою статистикою НБУ, у

2024–2025 рр. ринок демонстрував стале зростання премій і плавне підвищення коефіцієнта виплат; за підсумками III кв. 2024 р. регулятор відзначив подальше зростання виплат з одночасним приростом премій в основних видах, що свідчить про поступове вирівнювання ризику після шоку 2022 р.. У 2025 р. НБУ зафіксував зниження «net loss ratio» у non-life другий квартал поспіль – до 38% (II кв. 2025), а також зростання премій у низці ліній; хоча ці оцінки є агрегованими для non-life, вони підтверджують загальноринковий тренд на відновлення платоспроможності та ефективності використання страхових фондів, у межах яких перебуває і ДМС [99; 100].

Ефективність державного фінансування через НСЗУ (ПМГ) оцінюється за бюджетним охопленням і результативністю закупівель (кількістю пакетів), договорів і фактичними виплатами закладам (рис.2.5.). У 2024 р. обсяг фінансування ПМГ був збільшений до ≈175,5 млрд грн (загальні видатки сектора – понад ≈217 млрд грн), що підтверджено спільною публікацією ВООЗ і Світового банку; розширено перелік пакетів (ART, трансплантації тощо), сумарно – 44 пакети у межах державних гарантій. Такі параметри вказують на зміцнення «ядра» безоплатної допомоги за моделлю єдиного платника й підвищення ефективності бюджетних видатків через конкуренцію за договори з НСЗУ [105; 155].

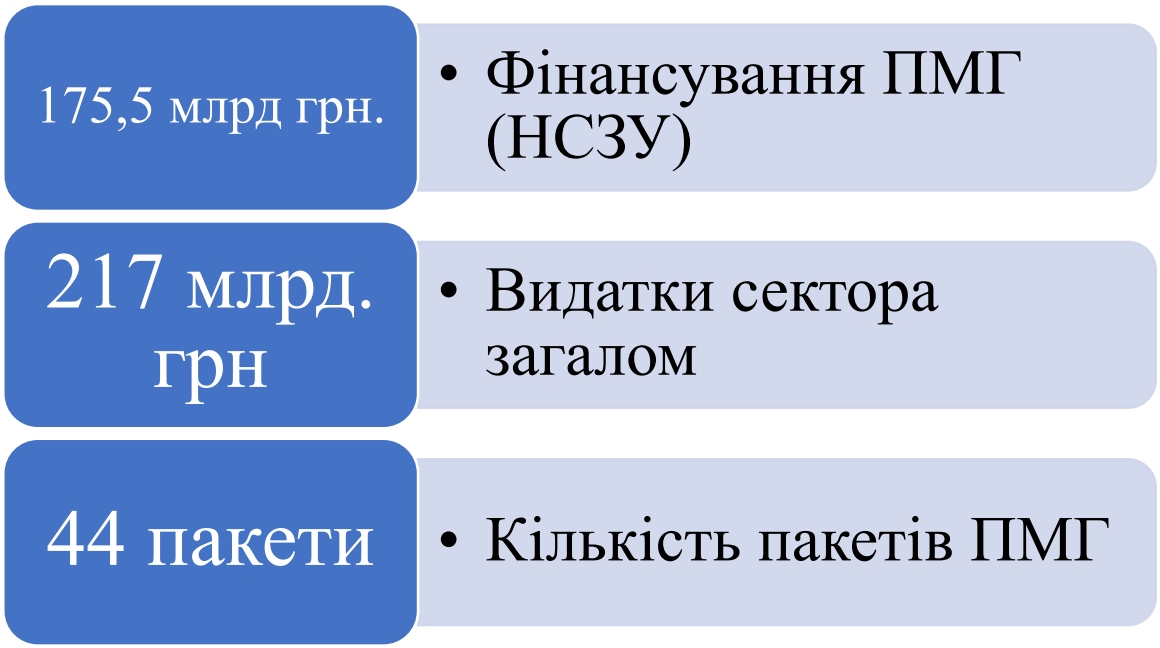


Рис.2.5 Ключові орієнтири ефективності (2024)

Примітка. Розроблено автором за даними [105; 155]

Взаємодія приватного страхування з НСЗУ залишається переважно паралельною, а не інтегрованою. Нормативна рамка дозволяє закладам охорони здоров'я надавати платні/додаткові послуги поза ПМГ; у 2024–2025 рр. урядові рішення деталізували перехід від «закритого списку» до ширшого режиму платних послуг і тарифікації (оновлення практики, що історично спиралася на постанову КМУ № 1138). Це відкриває можливості для «wrap-around» продуктів ДМС (доповнення ПМГ приватними сервісами), але водночас висуває вимоги до прозорості тарифів і недопущення дублювання оплати за послуги, що вже закуплені НСЗУ. На рівні даних інтеграція також неповна: дослідження eHealth фіксує фрагментованість обміну та потребу в уніфікованих API для страхових компаній (за згодою пацієнтів) – без цього складно будувати спільні маршрути фінансування та спільний контроль якості.

Для підвищення ефективності пропонується переходити від «паралельної» до керовано-доповнювальної взаємодії. По-перше, запровадити пілоти «спільної оплати» (co-payment/co-coverage) у вибраних пакетах ПМГ із прозорим коригуванням тарифів НСЗУ, коли добровільний поліс покриває додатковий сервіс або скорочує час очікування – за умови повної заборони дублювання базового покриття. По-друге, нормативно закріпити мінімальний набір даних для обміну між НСЗУ/eHealth і страховиками (тільки з інформованою згодою пацієнта): ідентифікатор епізоду, код послуги/DRG, час/місце надання, статус оплати – це зменшить шахрайство і подвійні рахунки. По-третє, використовувати регуляторні цільові індикатори ефективності: (1) рівень виплат у ДМС у порівнянні з таргетом НБУ, (2) частка епізодів, для яких доступні електронні дані для верифікації оплати, (3) частка заявок із виявленими дублюваннями між ПМГ і ДМС, (4) середній час і вартість епізоду при комбінованому фінансуванні. Ці кроки узгоджуються з підходами, про які уряд і партнери (ВООЗ/Світовий банк) заявляли в контексті підвищення ефективності фінансування та оновлення ПМГ-2025 [106; 155].

Недовіра до страхових інструментів і низька «penetration» ринку залишається базовою перепоною. За оцінкою НБУ, у 2024 році страхування

життя дало лише 0,07 % ВВП премій – індикатор загалом низького проникнення страхування у фінансову систему; це прямо відбивається і на медичному сегменті, який значною мірою продається роботодавцями, а не домогосподарствам. Регулятор у своїх оглядах наголошує, що хоч премії зростають, рівень проникнення ринку лишається низьким, що характерно для всієї небанківської сфери в Україні в умовах війни й обмеженої довіри до фінансових інститутів. Для ДМС це означає вузьку роздрібну базу, залежність від корпоративних контрактів і вразливість до циклів ринку праці [99; 101].

Тінізація витрат пацієнтів зменшує цінність полісів і розмиває стимули до добровільного страхування. Нові емпіричні роботи фіксують, що 2023 року ймовірність «неформальних» платежів у медзакладах була на 10,5 в.п. нижча, ніж у 2020-му, а середній розмір таких платежів – на 86,8 % менший (у цінах 2023 р.); однак явище зберігається і змінює форми під впливом воєнного часу. Академічне дослідження KSE додатково описує механіку неформальних платежів у різних ланках допомоги та їхній зв’язок із доступністю послуг у державному секторі. Наявність навіть зменшених «неформальних» витрат підриває сприйняття прозорості правил оплати та знижує готовність домогосподарств купувати ДМС, якщо вони очікують додаткових «неофіційних» витрат при зверненні по допомогу [145; 139].

Недостатня визначеність правового поля обмежує інтеграцію ДМС із державною моделлю фінансування. Україна забезпечує базові послуги через Програму медичних гарантій (ПМГ) за моделлю «єдиного платника», проте окремого закону про обов’язкове медичне страхування немає; правові механізми «ко-покриття» (wrap-around) добровільними полісами та запобігання дублюванню оплат формально не деталізовані. Аналітичні документи щодо ПМГ-2025 фіксують курс на розширення пакетів і підвищення ефективності закупівель, але водночас підкреслюють потребу в узгодженні нормативних ролей державного платника та приватних страховиків і в стандартах обміну даними для контролю якості та шахрайства. Окремі правові огляди доступу до системи охорони здоров’я 2025 року прямо описують українську модель як

таку, що базується на ПМГ, а не ОМС, і потребує подальшого унормування взаємодії з приватним страхуванням.

Напрями вдосконалення охоплюють одночасно правові, фінансові й поведінкові інструменти. На правовому рівні доцільно кодифікувати механізм поєднання ПМГ і ДМС: заборона дублювання оплати базових послуг; визначення переліку сервісів, що можуть «доповнюватися» полісами; мінімальні вимоги до прозорості тарифів і розкриття інформації. На фінансовому рівні – цільові податкові стимули для групових полісів, стандартизовані ключові інформаційні документи та (за прикладом ЄС) вимоги до дизайну продуктів «plain-language». На інфраструктурному рівні – інтеграція eHealth і страхових ІТ-систем через уніфікований мінімальний набір даних (ідентифікатор епізоду, код послуги/DRG, статус оплати) за згодою пацієнта; це потрібно і державному платнику, і страховикам для боротьби з подвійними рахунками та неформальними платежами. Нарешті, для подолання недовіри – регулярні незалежні заміри задоволеності пацієнтів ДМС, публічні реєстри мережі партнерських закладів і кейс-репорти про відмови/виплати, що має поступово формувати довіру до правил гри. Ці заходи узгоджуються з рекомендаціями міжнародних партнерів щодо розвитку небанківського сектору та підвищення ефективності фінансування системи охорони здоров’я.

2.3. Порівняльний аналіз ефективності медичного страхування в Україні та країнах світу

Перший блок критеріїв при порвіняльному аналізі ефективності медичного стархування представляє собою універсальне охоплення та фінансовий захист**.** У міжнародній практиці ядром є показники Цілей сталого розвитку ООН: індекс охоплення основними медичними послугами (SDG 3.8.1, UHC service coverage index**)** і частка домогосподарств із катастрофічними медичними витратами (SDG 3.8.2). Індекс 3.8.1 – геометричне середнє 14 «трейсерів» охоплення у сферах RMNCH, інфекційних і неінфекційних хвороб, а також спроможності системи (шкала 0–100), що дозволяє порівнювати країни за доступом до базових послуг; 3.8.2 вимірює частку населення з витратами на

здоров’я понад 10%/25% сукупних витрат/доходів домогосподарства (у 2025 р. ВООЗ/Світовий банк також запропонували уточнення на основі «дискреційного бюджету» – 40% його перевищення). Додатково використовують частку витрат «з кишені» у поточних видатках на охорону здоров’я за методологією ВООЗ/Світового банку як індикатор ризику фінансового тиску на домогосподарства (чим нижче – тим кращий захист) [151; 126].

Другий блок це доступність і своєчасність**.** Для порівнянь застосовують складені доменні індикатори, зокрема підходи The Commonwealth Fund: «доступ до допомоги» (availability, affordability), «адміністративна ефективність» (transaction costs для пацієнтів і провайдерів), «процес надання допомоги» (координація, профілактика, безпека), «рівність» (equity) та «результати» (health outcomes). Ця рамка агрегує 60–70 вимірників (залежно від випуску), що поєднують опитувальні та офіційні дані й дозволяють зіставляти системи високого доходу за ключовими доменами ефективності, включно з бар’єрами доступу та управлінськими втратами. На національному рівні аналогічні домени можуть деталізуватися через час очікування, щільність кадрів, географічну доступність, охоплення профілактикою та вакцинацією [146; 70].

Третій блок це якість і результати лікування**.** Для міжнародних бенчмарків застосовують показники avoidable mortality за стандартами OECD/Eurostat: смертність, якій можна запобігти профілактикою (preventable), і смертність, якої можна уникнути за умови своєчасної та якісної медичної допомоги (treatable) у віці до 75 років. Вони дозволяють відокремити ефект системи охорони здоров’я від ширших соціальних детермінант і чутливі до змін у первинній ланці та спеціалізованій допомозі; також використовують госпіталізації, яких можна уникнути (ACS-com admissions), індикатори безпеки та відповідності клінічним настановам, виживаність при онкопатологіях тощо.

Четвертий блок це ефективність витрачання ресурсів і управління**.** Тут застосовують (i) частку адміністративних витрат у сукупних видатках; (ii) співвідношення витрат і результатів («value for money») через зв’язок UHC-охоплення/уникненої смертності з рівнем фінансування; (iii) прозорість і

транзакційні витрати (administrative efficiency у методології Commonwealth Fund); (iv) структуру фінансування – зниження частки out-of-pocket і розширення «препейменту» (податки/внески); (v) сталість і захист від фінансових шоків. Для міжкраїнних зіставлень основою слугують стандартизовані ряди ВООЗ/Світового банку (НАЦСОГ/СНС у частині поточних видатків) і тематичні огляди OECD «Health at a Glance», що забезпечують порівнянність дефініцій та методів збору даних.

Податкова (бевериджівська) модель – Велика Британія, Скандинавія, частина Південної Європи – демонструє високу адміністративну ефективність завдяки централізованому фінансуванню з бюджету, відсутності рахунків для окремих епізодів і масштабному контрактуванню на глобальні бюджети та капітацію. У міжкраїнних порівняннях за методологією The Commonwealth Fund системи з потужною первинкою, gatekeeping і низькими бар'єрами доступу (Австралія, Нідерланди, Велика Британія) стабільно входять до групи лідерів за доступом/результатами та «administrative efficiency», тоді як США – атипово дорогі й адміністративно обтяжливі для пацієнтів та провайдерів. У випуску 2024 р. трійка лідерів – Австралія, Нідерланди та Велика Британія; США – останні серед країн високого доходу за сукупним індексом, попри сильні позиції у процесах надання допомоги. Це підкреслює роль централізованих закупівель і мінімізації транзакційних витрат як чинника системної ефективності [146; 47].

Страхова (бісмарківська) модель із обов'язковими внесками (серед яких Німеччина, Франція, Японія (у своїй версії)) досягає ефективності через регульовану конкуренцію платників (фондів/страховиків), договірні тарифи, DRG/глобальні бюджети в стаціонарах та змішані оплати в первинці (капітація + fee-for-service + якісні надбавки). За оглядом OECP щодо «ціннісних» моделей оплати у 2023 р., DRG-подібні схеми використовуються щонайменше у 14 країнах OECP, а глобальні бюджети – у 13; при цьому в первинній ланці переважають «blended payments», часто з бонусами за якість для сімейних лікарів та (рідше) спеціалістів. Такі механізми дають змогу одночасно

контролювати обсяги/витрати та стимулювати результати, знижуючи ризик надмірного надання послуг і підвищуючи керованість витрат [114; 119].

Змішані, ринково-орієнтовані моделі з регульованою конкуренцією страховиків (Нідерланди, Швейцарія) поєднують універсальність охоплення з інструментами «value for money»: ризик-аджастована капітація, DRG у стаціонарах, жорстке регулювання пакетів і співоплат, активні закупівлі. Порівняльні дані OECP («Health at a Glance 2023») показують, що країни з розвиненою первинкою, інтенсивним використанням доказових протоколів та інтегрованих оплат (bundled/DRG/капітація) мають нижчі показники avoidable mortality (treatable) і кращі результати при контрольованих витратах частки ВВП. У європейській статистиці якості широко застосовуються індикатори «treatable/ preventable mortality», що слугують валідованими проксі результативності систем (особливо в прив'язці до сильних інститутів первинки та керованих маршрутів пацієнта). Таким чином, регульована конкуренція ефективна тоді, коли супроводжується уніфікованими пакетами, захистом від ризик-селекції та контрактними механізмами оплати за результат.

Багатоканальна модель США ілюструє межі ефективності за відсутності жорсткої координації: витрати на душу населення – найвищі серед OECP, але системна ефективність за індексом Commonwealth Fund – найнижча, насамперед через низьку рівність доступу, високу фрагментацію платників і значні адміністративні витрати. Порівняльні огляди 2024 р. фіксують останнє місце США серед 10 розвинених систем, тоді як лідери – Австралія, Нідерланди та Велика Британія. Сукупність доказів вказує: для підвищення ефективності критичними є спрощення платіжних механізмів, посилення первинки, зменшення ООР та стандартизація бенефіт-пакетів – саме ці інструменти забезпечують конкурентні результати за нижчих адміністративних витрат у лідерів рейтингу [146; 70].

Електронне страхування у розвинених системах базується на наскрізній ідентифікації пацієнта та цифрових процесах полісу – від онлайн-онбордингу до врегулювання вимог. Орієнтиром є моделі, де eID інтегрується з електронною медичною інфраструктурою і державними реєстрами. Естонська

екосистема показує ефект масштабу: практично 100% рецептів виписуються в електронній формі (e-Prescription), аптеки і клініки зв'язані через національні реєстри, а доступ до даних здійснюється за електронним посвідченням особи – це зменшує транзакційні витрати страховиків і дає змогу автоматизувати медичні виплати за зафіксованими епізодами лікування (ID-зв'язність, журналізація доступів, мінімізація шахрайства). Для країн ЄС рамку сумісності поступово задає Європейський простір даних охорони здоров'я (EHDS): пацієнтоцентрична модель доступу до EHR, спільні формати даних, класи даних для «первинного використання» (лікування) і «вторинного» (політики, дослідження), що спрощує інтеграцію продуктів е-страхування та сервісів доданої вартості (risk-adjustment, популяційне управління здоров'ям).

Digital-health-практики у провідних юрисдикціях концентруються навколо інтероперабельних електронних медичних записів, електронних рецептів і стандартизованого «Patient Summary» для транскордонного обміну. Рекомендації мережі eHealth Network до Patient Summary (release 3.1) фіксують структуру мінімального набору даних, сумісного в межах ЄС (вміст, формати й терміни оновлення), що знижує ризик помилок і пришвидшує клінічні рішення та врегулювання страхових випадків у подорожах чи лікуванні за кордоном . На макрорівні ВООЗ у «Global Strategy on Digital Health 2020–2025» виділяє принципи національних стратегій (архітектура, інвестиції, кадрова спроможність, управління даними) і акцентує, що цифрові інструменти мають підвищувати охоплення та фінансовий захист, а не дублювати паперові процеси; це – база для оцінювання державних програм і страхових продуктів на відповідність міжнародним принципам якості та безпеки даних .

Телемедицина у країнах ОЕСР із 2023–2025 рр. рухається від «антикризової» до «інтегрованої» моделі з чіткими правилами оплати, відбором клінічних кейсів і контролем якості. Узагальнення ОЕСР підкреслює: ефективність досягається тоді, коли телемедичні візити оплачуються у зв'язці з первинною ланкою та маршрутами пацієнта, застосовуються змішані моделі оплати (капітація/бандли/DRG), а платформи підключені до національних електронних записів і рецептів; це зменшує пропуски, дублювання та

адміністративні витрати і водночас не погіршує результатів лікування у відібраних нозологіях . Практичні ефекти показує NHS England: масштабування функцій NHS App (онлайн-записи, електронні рецепти, керування направленнями) асоціюється зі скороченням пропущених прийомів, економією часу персоналу та кратним зростанням цифрової взаємодії пацієнтів із системою (мільйони керованих записів щомісяця в 2024 р.; за оцінкою уряду, з липня 2024 р. запобігли близько 1,5 млн пропущених госпітальних прийомів і вивільнили 5,7 млн людино-годин) – приклад того, як телемедичні та «self-service» сервіси підсилюють ефективність фінансування без втрати якості доступу [146; 70].

Для систем, що трансформуються (зокрема України), узагальнені «best practices» зводяться до чотирьох управлінських принципів. По-перше, інтероперабельність «дані-ідентичність-платіж»: національні е-записи, ePrescription, eID і страхові процеси мають працювати як єдиний ланцюг (на зразок естонської моделі), із журналізацією доступів і контролем згоди пацієнта. Подруге, політика даних і довіри: впровадження інструментів EHDS-типу (стандартизовані формати, права доступу, вторинне використання) для розбудови ринку цифрових медичних і страхових послуг. По-третє, «оплата за інтеграцію»: телемедицину та цифрові сервіси слід оплачувати вбудовано в маршрути ПМГ/ОМС (капітація/бандли), а не як ад-hoc «додатки». По-четверте, оцінювання результатів: регулярні метрики доступності/якості (avoidable/treatable mortality, UHC-індикатори), адміністративної ефективності (частка адм. витрат, пропуски прийомів, час до послуги) і фінансового захисту (співоплати, out-of-pocket) мають бути обов’язковою умовою масштабування цифрових рішень – саме так формують «value for money» у звітності ОЕСР та ЄС.

Порівняльний аналіз свідчить: Україна може прискорити ефективність фінансування охорони здоров’я через цілеспрямоване запозичення трьох «ядерних» практик: (1) інституційно керовані закупівлі базового пакета послуг єдиним платником, (2) цифрову сумісність «дані–ідентичність–платіж», (3) оплату, зорієнтовану на результат у первинній та спеціалізованій ланках.

Вітчизняна модель ПМГ уже забезпечує фундамент бюджетного «препейменту» та конкуренції за договори з НСЗУ; міжнародні рекомендації ВООЗ/Світового банку на 2024 рік прямо підкріплюють курс на розширення й точніше таргетування ПМГ (у т. ч. за рахунок підвищення прозорості пакетів і контролю за результатами), що узгоджується з обсягами державного фінансування, підтвердженими у спільному звіті цих інституцій (понад 175,5 млрд грн у структурі видатків 2024 року). Це створює «платформу» для подальшої інтеграції добровільного страхування як доповнення до гарантованого пакета, а не його дублювання [105; 155].

Цифровий вектор має орієнтуватися на європейську рамку EHDS: стандартизовані формати електронних даних, права доступу пацієнта та можливість безпечного вторинного використання даних для політик і досліджень. Пряме запозичення елементів EHDS (класи даних, моделі доступу, ролі посередників/провайдерів е-послуг) забезпечить сумісність із майбутньою євроінтеграцією та дозволить технічно вбудувати страхові процеси (верифікація епізоду, таргетовані програми популяційного здоров'я) у державну інфраструктуру eHealth. Приклади Естонії демонструють операційну вигоду від 100% електронного рецепту й ID-центрованої взаємодії «пацієнт–клініка–аптека–страховик», які знижують транзакційні витрати та шахрайство й прискорюють відшкодування. Для України пріоритет – законодавчо зафіксувати мінімальний набір даних і правові підстави їх обміну між НСЗУ, закладами та страховиками (за згодою пацієнта), синхронізувавши це з EHDS.

У сфері оплати послуг доцільно масштабувати «blended payments» у первинній ланці (капітація + якісні надбавки + таргетовані бандли) й DRG/глобальні бюджети в стаціонарах, як це робить більшість країн ОЕСР. Дані «Health at a Glance 2023» та аналітика ОЕСР з цифрового здоров'я показують, що поєднання керованих маршрутів пацієнта, інтегрованої телемедицини та стандартизованих оплат зменшує адміністративні втрати, підвищує своєчасність допомоги та дозволяє фокусувати фінансування на клінічно значущих результатах. Для України практичний крок – запуск пілотів «ко-покриття» для додаткових сервісів (телемедичні консультації,

дистанційний моніторинг, реабілітація) із чітким розмежуванням: ПМГ фінансує базову послугу, ДМС – сервіс доданої цінності (швидкість/сервіс/розширений пакет), без дублювання оплати.

Нарешті, масштабування цифрових сервісів має супроводжуватися операційними цілями, вимірюваними в режимі реального часу. Досвід NHS показує, що інвестиції в «єдине вікно» для пацієнта (NHS App) за наявності інтеграції з записами, електронними направленнями та рецептами призводять до істотних ефектів для платника: скорочення пропущених прийомів, вивільнення ресурсів та пришвидшення доступу до допомоги. Формулювання аналогічних цілей для України (зменшення пропусків, час до візиту/до лікування, частка цифрових рецептів і направлень, частка епізодів із повним електронним слідом для автоматизованого відшкодування) дозволить пов’язати цифровізацію з реальним підвищенням «value for money». Це одночасно зміцнить довіру до системи фінансування та зафіксує роль добровільного страхування як прозорого доповнення до ПМГ.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Цифровізація і використання інноваційних технологій у сфері медичного страхування в Україні

Останні роки цифрова трансформація страхового бізнесу сформувала окремий пласт рішень InsurTech, що переносять ключові процеси в мобільні та хмарні середовища. На ринку активно поширюються моделі direct-to-consumer, вбудоване (embedded) страхування у фінансові та медичні сервіси, on-demand покриття та мікрополіси для окремих ризиків. Для медичного сегмента це означає mobile-first цикл – від е-ідентифікації й укладення е-полісу до дистанційного звернення по медичну послугу та безготівкової виплати. Інтеграція з телемедициною і мережами лабораторій/аптек створює безшовний маршрут пацієнта, а цифрові канали знижують транзакційні витрати та скорочують час обслуговування.

Другий вектор – Big Data як основа персоналізованого прайсингу і керування ризиком. Дані з електронної медичної картки (EHR), е-рецептів, лабораторних систем, аптечних транзакцій, а також з wearable-пристроїв (сон, пульс, активність) дозволяють будувати профілі здоров'я та прогнозувати споживання послуг. Уніфікація довідників і стандартів обміну (зокрема HL7 FHIR) робить можливим інтероперабельний обмін між страховиком, закладом охорони здоров'я та державними реєстрами. На практиці це відкриває шлях до динамічних премій, кешбеків за профілактику, таргетованих програм для хронічних станів і більш точного планування страхових резервів.

Третя тенденція – масштабне впровадження AI/ML-аналітики по всьому ланцюгу вартості. Моделі predictive risk scoring допомагають точніше андеррайтити й вчасно пропонувати профілактичні втручання; алгоритми виявлення аномалій та графові підходи знижують рівень шахрайства (upcoding, дублювання, змови). NLP-рішення автоматично читають медичну документацію і рахунки, зіставляючи їх із клінічними протоколами; чат-боти та голосові асистенти беруть на себе тріаж і першу лінію підтримки. Все частіше

застосовується straight-through-processing для типових заяв на виплату, що скорочує час розгляду та підвищує прозорість.

Нарешті, цифрова трансформація потребує нової архітектури управління даними, безпеки й етики. Пріоритетами стають granular consent і журнал доступів для пацієнта, zero-trust-підходи та шифрування на рівні записів, а також валідація якості даних (комплектність, несуперечливість). Щоб мінімізувати ризики дискримінації, AI-моделі мають проходити аудит на предмет упереджень і пояснюваності рішень; для швидкого випробування інновацій доречні regulatory sandboxes у взаємодії з державними стейкголдерами (НСЗУ, МОЗ, Нацрегулятори). Сукупно ці практики переводять медичне страхування від реактивної компенсації витрат до проактивного керування здоров'ям, де дані та алгоритми працюють на профілактику, якість і довіру.

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) виконує роль базової цифрової інфраструктури, на якій можуть працювати страхові сервіси – від е-полісів до автоматизованих виплат. Її ядро становлять реєстри суб'єктів (пацієнтів, лікарів, закладів), е-направлення, е-рецепти, е-медичні записи та події лікування. Для страховика це означає доступ (за згодою пацієнта) до верифікованих даних про надані послуги, що зменшує асиметрію інформації, скорочує паперовий документообіг і створює умови для прозорого контрактування мережі провайдерів за уніфікованими довідниками.

Ключем до інтеграції є стандарти інтероперабельності та єдині довідники. Використання HL7 FHIR для клінічних ресурсів, кодників ICD/LOINC/SNOMED (або їх локалізованих аналогів), уніфікованого довідника послуг/тарифів і DRG-категорій дозволяє страховикам уніфікувати претензії (claims) та прі-авторизації. Через відкриті API eHealth можливі три типи взаємодії: (1) payer API – перевірка права на покриття, авторизація послуги, отримання структурованого рахунку; (2) provider integration – зв'язування події лікування з направленням і виставленням е-рахунку; (3) patient portal/wallet – відображення полісу, лімітів, співоплат, історії відшкодувань. Так

вибудовується “безшовний” маршрут даних між пацієнтом, закладом і страховиком [83; 36].

Щоб цифрові потоки справді працювали, потрібні керування якістю даних і режим доступу. На рівні платформи – master data management (чистка дублікатів, ідентифікація пацієнтів та провайдерів), правила валідації (обов’язкові поля, допустимі кодники), моніторинг повноти/несуперечливості записів і журналізація кожного звернення до даних. На рівні права доступу – granular consent пацієнта з можливістю відкликання, принцип мінімальної достатності, атестація інформаційних систем учасників. Для типових кейсів можливе straight-through-processing: коли е-направлення, протокол послуги та рахунок відповідають довіднику/тарифу, виплата відбувається автоматично; у складних випадках вмикається рецензування (peer review) і клінічні правила.

Управління цією екосистемою потребує чіткої моделі governance та KPI. Національний рівень визначає політику стандартів і безпеки, веде спільні довідники (провайдери, тарифи, протоколи), погоджує пілоти InsurTech у форматі regulatory sandbox (з участю НСЗУ/МОЗ/регуляторів). Публічні дашборди якості мають відображати: частку е-полісів і е-претензій, середній час виплати (TAT), частку заяв, оброблених без участі людини, рівень відмов/перевідкриттів, інциденти безпеки та задоволеність користувачів. За таких умов eHealth перестає бути лише державним реєстром – вона стає платформою для страхових інновацій, де дані та стандарти забезпечують прозорість фінансування, контроль якості й масштабованість нових продуктів [83; 36].

Блокчейн і смарт-контракти в медичному страхуванні розв’язують насамперед проблему довіри та перевірюваності даних між трьома сторонами – пацієнтом, надавачем послуг і страховиком. Незмінні журнали подій лікування (hash-позначки для е-направлень, е-рецептів, протоколів) дають можливість швидко підтвердити автентичність документів і послідовність кроків у маршруті пацієнта. Для України доцільною є модель «гібридного зберігання»: персональні дані та медичні записи залишаються off-chain у захищених сховищах eHealth/провайдерів, а в блокчейні фіксуються лише криптографічні

відбитки (hash), часові мітки та журнали доступів. Це зберігає приватність, зменшує навантаження на інфраструктуру і водночас забезпечує аудиторську трасованість [69; 73; 147].

Смарт-контракти автоматизують правила покриття й виплат, переводячи частину процесів у режим straight-through processing. Типові кейси:

- автоматична виплата за тригерами (параметричне страхування) – наприклад, госпіталізація у визначеній DRG-категорії, факт виписки е-рецепта в межах затвердженого протоколу, підтверджене лабораторне значення;
- прі-авторизація – контракт перевіряє відповідність послуги тарифу/ліміту та наявність згоди, формує ваучер на оплату;
- розподіл співоплати – алгоритм відразу списує частку пацієнта/страховика/державного пакета НСЗУ згідно з правилами продукту. Технічно це потребує оракулів – надійних джерел подій із eHealth/ЛІС/АПС (лабораторні/аптечні системи), а також уніфікованих кодників та API, щоб тригери були однозначними та перевірюваними.

Щоб поєднати автоматизацію з приватністю, доречні криптографічні підходи нового покоління: селективне розкриття даних (verifiable credentials, DID), доказ з нульовим розголошенням (zero-knowledge proofs) для підтвердження права на послугу без демонстрації всіх медичних деталей, шифрування на рівні записів і рольова модель доступу (principle of least privilege). Для корпоративних сценаріїв оптимальною є permissioned-мереж**а**(наприклад, консорціум НСЗУ–страховики–великі провайдери), де учасники проходять KYC/сертифікацію, а правила оновлюються через кероване governance (комітет протоколу, зміни конфігурацій, політики доступу). Така архітектура знижує затрати, пришвидшує узгодження рахунків і зменшує простір для шахрайства (upcoding, дублювання нарахувань, змови) [147; 69].

Водночас існують обмеження і ризики: витрати на створення та підтримку інфраструктури; складність інтеграції з гетерогенними медичними ІТ-системами; потреба у чіткій відповідності законодавству щодо персональних даних; обмежена пропускна здатність публічних мереж для потокових кейсів.

Тому на практиці варто рухатися через регуляторні пілоти (sandbox) із чіткими метриками ефекту: частка автоматизованих виплат, середній час урегулювання претензії (TAT), частка спірних рахунків, виявлені аномалії/anti-fraud, економія адмінвитрат. У разі досягнення цільових KPI – масштабувати на пріоритетні програми (скринінги, реабілітація, хронічні захворювання), поступово підключаючи нових учасників консорціуму. Такий еволюційний підхід дозволяє перетворити блокчейн зі «стартап-меми» на робочий механізм прозорого фінансування й довіри в медичному страхуванні.

Mobile-policy як "кишеньковий" цикл страхування. Інноваційні продукти починаються з повністю цифрового жизненного циклу поліса: від e-KYC/eID та дистанційного медичного анкетування до підписання е-договору й оплати в застосунку. Mobile-policy дає клієнту "one-tap" сценарії: перегляд покриття та лімітів, push-нагадування про профілактику/чек-апи, швидке подання заяви на виплату (із фото/сканом рахунків або автоматичним підвантаженням даних із LIMS/ЕМК), трекінг статусу урегулювання. Для страховика це означає нижчу вартість залучення й сервісу, скорочення часу розгляду (straight-through processing для типових кейсів) та дані в структурованому форматі, придатні для аналітики якості [52; 109; 115].

Персоніфіковані програми та динамічні премії. Big Data з wearable-пристроїв, мобільних трекерів і ЕМК дозволяє переходити від "середнього" клієнта до індивідуальних профілів ризику. На практиці це– програми "pay-as-you-live" із кешбеком/знижкою за активність, вакцинацію, регулярні профогляди; таргетовані пакети для хронічних станів (діабет, ССЗ) з домашнім моніторингом і кейс-менеджментом; сімейні плани з диференційованими лімітами. AI-моделі прогнозують споживання послуг і пропонують мікроінтервенції (нагадування, маршрути до "правильного" провайдера, корекція способу життя). Важливою є етична рамка: пояснюваність рішень, відсутність дискримінаційних правил, участь користувача через прозорі згоди та можливість відмови від data-поділля.

Health-apps як точка доступу до всієї екосистеми. Сучасні застосунки виходять за межі "поліс-глядача" і стають персональним навігатором: 24/7

телемедицина (первинний тріаж, відеоконсультації), e-prescription, запис до мережевих провайдерів, маршрутизація за клінічними протоколами, інтеграція з лабораторіями й аптеками, медичний щоденник із персональними цілями. Для роботодавців – корпоративні wellness-кабінети з аналітикою використання (де-ідентифікованою), іграми залучення, бонусами за участь. Усередині – антифрод-модулі (виявлення upcoding/unbundling), перевірка відповідності протоколам (rules engine), автоматичне формування структурованого claim. KPI таких продуктів: частка е-полісів, NPS, середній TAT виплати, частка телемедичних звернень, частка заяв, опрацьованих без участі людини [109; 115; 158].

Вбудованість у фінансово-державні платформи й операційна безпека. Інноваційні продукти найкраще працюють у моделі embedded: поліс оформлюється у банківському застосунку або в кабінеті eHealth/НСЗУ, а оплата/співоплата – через безготівкові інструменти (автосписання, split-payment, medical-BNPL для планових процедур). Для розгортання на національному рівні критичні: інтероперабельність (HL7 FHIR/єдині довідники), granular consent з журналом доступів для пацієнта, zero-trust-архітектура, шифрування на рівні записів, аудит AI-моделей на упередженість і стабільність. Через regulatory sandbox доцільно запускати пілоти (телемедицина + автоматизована виплата за стандартними кейсами), оцінюючи ефект за прозорими метриками; у разі досягнення цілей – масштабувати на програми профілактики, реабілітації та управління хронічними станами.

Сучасні інновації у сфері медичного страхування вибудовуються навколо повністю цифрового життєвого циклу поліса (end-to-end digital journey) та перенесення взаємодії з клієнтом у мобільне середовище. Формат mobile-policy забезпечує е-ідентифікацію клієнта (eID/KYC), дистанційне медичне анкетування, укладення е-договору із кваліфікованим електронним підписом та безготівкову оплату у застосунку. Подальший сервіс включає подання заяви на виплату, прикріплення електронних медичних документів, відстеження статусу урегулювання у реальному часі та отримання push-нагадувань про профілактичні огляди. З погляду ефективності страховика це знижує

транзакційні витрати, скорочує час розгляду стандартних заяв завдяки straight-through-processing, а також переводить первинні дані у структурований вигляд, придатний для аналітики якості та антифроду.

Другий напрям пов'язаний із персоніфікованими програмами (інколи – pay-as-you-live), що базуються на багатоджерельних даних: електронній медичній картці, е-рецептах, результатах лабораторних досліджень, даних wearable-пристроїв (активність, сон, пульс, стрес) та історії звернень. На їх основі формуються індивідуальні профілі ризику та коригується страхова премія/кешбек за здорову поведінку (вакцинації, профілактичні огляди, дотримання терапії), запускаються таргетовані програми керування хронічними станами (діабет, ССЗ, ХОЗЛ) із дистанційним моніторингом і кейс-менеджментом. Ключовою перевагою є перехід від реактивної моделі «оплата факту захворювання» до проактивного управління здоров'ям, що знижує частоту загострень і суму відшкодувань у середньо- та довгостроковому горизонті. Водночас персоніфікація вимагає чіткої етичної рамки: пояснюваність алгоритмічних рішень, відсутність дискримінаційних правил андеррайтингу, прозорі та гранульовані згоди на обробку даних із можливістю відкликання [115; 158; 4].

Третій блок – мобільні застосунки health-apps як фронт-енд страхової екосистеми. Вони інтегрують 24/7 телемедицину (первинний тріаж, відеоконсультації), навігацію за клінічними маршрутами (інтеграція з мережами провайдерів), електронне призначення терапії та доставку ліків, запис на діагностику/аналізи, а також особистий «здоров'я-щоденник» із рекомендаціями та цілями. Вбудовані модулі rules engine порівнюють заявлені послуги із тарифами/протоколами, попереджають пацієнта про співоплату, а антифрод-аналітика відстежує upcoding, дублювання послуг та нетипові патерни виставлення рахунків. Для корпоративного сегмента застосунки пропонують wellbeing-кабінети роботодавця з де-ідентифікованою аналітикою використання і механіками залучення (ігри, внутрішні бонуси), що підвищує прихильність персоналу до профілактичних програм і зменшує прогулювання через хвороби.

Інноваційність продуктів посилюється завдяки моделі вбудованого страхування (embedded) та партнерствам із державними й фінансовими платформами. Оформлення поліса та сервіс можуть відбуватися у банківському застосунку або в особистому кабінеті пацієнта eHealth; співоплата – через безготівкові інструменти (автосписання, split-payment, медичний BNPL для планових процедур). На інфраструктурному рівні це спирається на інтероперабельність (HL7 FHIR/єдині довідники), granular consent з журналом доступів, zero-trust-архітектуру, шифрування на рівні записів і регулярний аудит AI-моделей (стабільність, упередження, відтворюваність). Запуск нових продуктів доцільно здійснювати через регуляторні пілоти (sandbox) з жорсткою метрологією ефекту.

Для академічної завершеності зафіксуємо мінімальний набір KPI**,** які дозволяють порівнювати інноваційні продукти між собою та з «класичними» моделями:

- частка е-полісів у портфелі, частка заяв, опрацьованих без участі людини;
- середній час урегулювання заяви (TAT), частка відмов/перевідкриттів;
- частка телемедичних звернень, дотримання профілактичних програм (adherence);
- рівень задоволеності клієнтів (NPS/CSAT), кількість скарг на 1 тис. полісів;
- частота виявлених аномалій/антифрод-прапорців;
- медико-економічні результати: госпіталізації, повторні звернення, витрати на випадок/пацієнта у ризик-групах.

Таким чином, mobile-policy, персоніфіковані програми та health-apps формують єдину логіку цифрового медичного страхування, де клієнтський досвід, якість медичних даних і аналітика ризику виступають взаємопідсилювальними елементами. Їх масштабування за умови належного governance і захисту даних здатне одночасно підвищити доступність послуг, прозорість фінансування та стійкість страхових портфелів.

Перехід від розрізнених ІТ-рішень до цілісної цифрової екосистеми можливий лише в режимі співдії держави та ринку. Базова роль державних інституцій – НСЗУ як національний платник і МОЗ як нормотворець – полягає у визначенні правил гри: стандартів даних, безпеки, доступу, прозорих тарифних довідників і механізмів контрактування. Приватні учасники – страховики, медичні мережі, лабораторії, аптеки, телемедичні провайдери – забезпечують інновації, фронт-енд взаємодії з пацієнтом та операційне масштабування. Саме на стику цих двох сфер може виникнути платформна модель**:** державна інфраструктура даних і реєстрів (eHealth) + ринкові страхові сервіси, що підключаються через уніфіковані API [83; 36; 158].

Ядром екосистеми є інтероперабельність: спільні довідники (заклади, лікарі, послуги, тарифи, DRG-групи), єдині формати обміну (HL7 FHIR/ICD/LOINC/SNOMED або їх локалізовані відповідники), а також керування згодамина доступ до даних на рівні пацієнта (granular consent з журналом доступів). Таке вирівнювання стандартів дозволяє страховикам у режимі real time перевіряти право на покриття, робити прі-авторизацію, формувати структуровані претензії та отримувати верифіковані клінічні події з eHealth. Наслідком стає зниження транзакційних витрат, скорочення часу урегулювання та кращий контроль якості медичних послуг. [83; 34; 36]

Ключовим елементом запуску є спільне управління (governance**)**. Доречно інституціоналізувати міжвідомчий Комітет з інтероперабельності та страхових інновацій (НСЗУ, МОЗ, профільні регулятори, асоціації страховиків і провайдерів), який відповідає за: (1) затвердження та оновлення стандартів даних і безпеки; (2) ведення спільних довідників і каталогу API; (3) акредитацію інформаційних систем учасників; (4) regulatory sandbox – короткі пілоти з прискореним погодженням для InsurTech-рішень (динамічні премії, телемедицина з автоматизованою виплатою, смарт-контракти). Прозорість забезпечується публічними дашбордами: частка е-претензій, середній TAT виплати, частка автоматичних рішень без участі людини, рівень відмов/апеляцій, інциденти кібербезпеки, NPS пацієнтів і провайдерів.

Окремий пласт – моделі державно-приватної взаємодії (DPP)**.** Спільні програми профілактики (скринінги, вакцинація), реабілітації та менеджменту хронічних захворювань можуть фінансуватися комбіновано: базовий пакет НСЗУ, доповнююче покриття страховиків, співоплата пацієнта в межах установлених лімітів. Для інноваційних технологій доцільні угоди поділу ризиків (risk-sharing): відшкодування залежно від досягнутих клінічних результатів, зафіксованих у стандартизованих показниках (наприклад, госпіталізації, контроль HbA1c, повторні звернення). Такі контракти стимулюють провайдерів і страховиків інвестувати в профілактику та якість замість оплати обсягу.

Впровадження цифрової екосистеми потребує дорожньої карти з чіткими етапами та метриками. На короткому горизонті (12–18 міс.) – консолідація довідників, розширення API eHealth для payer/provider/patient сценаріїв, старт sandbox-пілотів (телемедицина + автоматизовані виплати за стандартними кейсами), запуск публічних показників якості даних (повнота, несуперечливість, латентність). На середньому горизонті (18–36 міс.) – масштабування прі-авторизації та е-претензій, підключення лабораторій/аптек/реабілітаційних сервісів, запуск value-based контрактів у пріоритетних нозологіях. На довгому горизонті (36+ міс.) – інтеграція з транскордонними форматами ЄС, розгортання смарт-контрактів у permissioned-консорціумах, повний перехід на електронні кейми й аналітику оплати за результат [36; 83; 158].

Разом із можливостями слід враховувати ризики та умови успіху. Критичні – надійність кіберзахисту (zero-trust, шифрування на рівні записів, сегментація мережі, регулярні пентести), етичність алгоритмів (аудит на упередження та пояснюваність), спроможність даних (master-data-management, очищення дублікатів, контроль якості), а також безперервність сервісу в умовах воєнних ризиків (резервні ЦОД, відмовостійкі канали зв’язку). З боку ринку потрібні інвестиції у сумісність своїх IT-систем, навчання персоналу та готовність працювати за уніфікованими SLA. З боку держави – стабільність

правил, процесна швидкість погоджень і прогнозованість фінансування базових компонентів платформи.

Підсумовуючи, партнерська цифрова екосистема (НСЗУ/МОЗ – страховики – провайдери – пацієнти) здатна перетворити медичне страхування з механізму постфактум-компенсації на систему проактивного управління здоров'ям, де дані рухаються безшовно, послуги оплачуються прозоро, а стимули учасників вирівняні на результат. Її впровадження – це не ІТ-проєкт, а інституційна реформа з чіткими стандартами, спільним управлінням і метриками ефективності, що підсилює фінансову стійкість системи та довіру громадян.

3.2. Прогноз розвитку ринку медичного страхування в Україні

По-перше, ринковий потенціал: в Україні збережений значний незадоволений попит на якісні та прогнозовані медичні послуги, що формує широкий простір для зростання добровільного медичного страхування (ДМС) і майбутнього ОМС. Висока частка прямих витрат домогосподарств (out-of-pocket) економічно обґрунтовує заміщення їх страховими інструментами. Корпоративний сегмент уже демонструє платоспроможний попит (програми для співробітників, страхування критичних хвороб, профілактичні пакети), а розвиток телемедицини знижує бар'єри доступу та собівартість покриття. Інституційно ринок має сформоване ядро страховиків із налагодженими партнерськими мережами приватних клінік, лабораторій та аптечних сервісів, що спрощує масштабування продуктів [43; 95; 124].

По-друге, цифрова інфраструктура та інтероперабельність уже мають базу для швидкого нарощування. Функціонування eHealth, поширення е-рецепта/е-направлення, зрілість електронної ідентифікації (eID/КЕП) і державних цифрових сервісів уможливлюють перехід на е-поліси, структуровані претензії (claims) і автоматизовані виплати (straight-through processing). Для страховиків це – коротший цикл урегулювання, менші транзакційні витрати й прозоріша взаємодія з провайдерами за уніфікованими

довідниками та протоколами. Для споживачів – кращий клієнтський досвід і контроль власних медичних даних.

По-третє, кадровий та технологічний ресурс: в країні сформована потужна IT-екосистема з експертизою у FinTech/MedTech/InsurTech, аналітиці даних, кібербезпеці та побудові високонавантажених систем. Це дає змогу швидко створювати та локалізувати рішення для андеррайтингу, антифроду (виявлення upcoding/unbundling), прогнозної аналітики ризику, телемедичних платформ і мобільних застосунків (health-apps). Наявність у провайдерів медичної сфери (приватні мережі) управлінських і клінічних команд, звичних до SLA/ISO-процедур, полегшує впровадження value-based контрактів і цифрових маршрутів пацієнта.

По-четверте, керованість змін і спроможність до пілотування. Ринок має досвід швидких «пісочниць» (sandbox) у суміжних галузях, партнерські канали з банками/необанками (embedded-страхування) та зацікавленість роботодавців у корпоративному благополуччі (wellbeing). Це створює умови для швидких експериментів з динамічними преміями (pay-as-you-live), програмами керування хронічними станами, параметричними виплатами і смарт-контрактами в permissioned-консорціумах (НСЗУ–страховики–провайдери).

Для операційної конкретизації сильні сторони доцільно перекласти у вимірювані індикатори, що будуть базою прогнозу до 2030 р.:

- ємність і темп зростання сегмента ДМС (премії, охоплення, середній чек);
- частка е-полісів та електронних претензій у загальному портфелі;
- середній час урегулювання заявки (TAT) і частка рішень без участі людини;
- щільність партнерської мережі (заклади/лабораторії/аптеки) і покриття регіонів;
- кадрові метрики: кількість фахівців з data/AI у страхових і медичних IT-командах, обсяг інвестицій у апскілінг;
- технологічна готовність провайдерів (інтеграції за HL7 FHIR, якість даних, відповідність кібервимогам).

Сумарно, потенціал ринку + цифрова база + людський капітал формують міцний фундамент для масштабування медичного страхування: від швидких перемог (е-поліс, телемедицина, антифрод) – до структурних реформ (value-based закупівлі, інтеграція з ОМС). Саме ці внутрішні активи дозволяють розраховувати на прискорене зростання охоплення та підвищення фінансової стійкості системи за умови правильної регуляторної рамки.

Насамперед, правові обмеження і регуляторні прогалини знижують керованість ринку та стримують інновації. Відсутність повноцінної рамки обов'язкового медичного страхування (ОМС), фрагментарність норм щодо InsurTech (е-поліси, дистанційне медичне анкетування, алгоритмічний андеррайтинг), нечіткі правила прі-авторизації та відшкодування за електронними претензіями ускладнюють масштабування цифрових продуктів. Нерівномірне впровадження стандартизованих довідників/кодувань і вимог до інтероперабельності призводить до неоднакової якості даних, збільшує транзакційні витрати на звіряння документів і створює ґрунт для спорів. Регуляторна невизначеність також гальмує запуск value-based контрактів і ризик-шерінгу, залишаючи оплату послуг переважно об'ємною (fee-for-service), що стимулює перевитрати [66; 83; 119].

Друга слабкість – низька страхова культура та недовіра. Значна частка домогосподарств сприймає витрати на здоров'я як «постфактум платежі» (out-of-pocket), а не як керований ризик; поширеність неформальних платежів і очікування «особистого домовляння» підривають сприйняття страхового продукту як прозорого механізму захисту. Обмежена фінансова грамотність, слабка навичка читання умов договорів (виключення, ліміти, співоплата) та історично невисока якість клієнтського сервісу окремих гравців формують скепсис щодо виплат і часу урегулювання. У результаті попит на ДМС недостатньо еластичний, а готовність надавати дані для персоніфікованих програм знижується через побоювання зловживань.

Третя група проблем – фінансова нестабільність домогосподарств і бізнесу, що підвищує чутливість до страхових внесків та призводить до «вимивання» полісів у кризові періоди. Непередбачуваність доходів,

регіональні диспропорції, демографічні зсуви та міграційні процеси знижують довгострокову плановість покупок страхового покриття, а для страховиків – ускладнюють актуарні оцінки та резервування. Обмежений доступ до «довгих грошей» і капіталу підвищує вартість ризику, звужує продуктову інновацію (зокрема у сегменті хронічних станів) і стимулює консервативні андеррайтингові практики. На стороні провайдерів нестабільність тарифів і витрат (фарма, енергоносії, логістика) підвищує ймовірність конфліктів із страховиками.

Додатково слабкістю залишаються операційні й дані**:** неоднорідність медичних записів, дублікати ідентифікаторів, неповнота епізодів лікування, низька дисципліна кодування, що ускладнює автоурегулювання (straight-through processing) та антифрод; різна зрілість IT-ландшафтів провайдерів породжує «ручні обхідні процеси». Сукупно це збільшує витрати на комплаєнс і урегулювання, погіршує клієнтський досвід і живить недовіру – закріплюючи перелічені слабкості у замкнене коло.

Для подальшого прогнозу доцільно зафіксувати індикатори слабких сторін:

- нормативна визначеність (наявність/впровадження рамки ОМС, стандарти інтероперабельності, правила прі-авторизації та е-претензій);
- показники довіри та культури: частка ООР у загальних витратах домогосподарств; частка скарг/апеляцій на 1 тис. полісів; NPS/CSAT;
- фінансова стійкість: частка перерваних полісів, дебіторська заборгованість провайдерів, маржа/комбінований коефіцієнт у медичному сегменті;
- якість даних: completeness/consistency score, частка дублікатів, відсоток автоматично врегульованих заяв без ручного втручання.

Таким чином, правові прогалини у сумі низька культура страхування та фінансова нестабільність, підсилені операційною неоднорідністю даних, виступають головними внутрішніми бар’єрами масштабування медичного страхування. Їх адресне усунення є необхідною передумовою для реалізації

можливостей, окреслених у наступному підпункті (Opportunities), та для досягнення цілей цифрової трансформації.

Синергія між приватним медичним страхуванням і державним закупівельником послуг відкриває простір для комплементарних пакетів: покриття "над" базовим переліком (реабілітація, стоматологія, планові операції із розширеними сервісними умовами, second opinion), співфінансування скринінгів та профілактики, розгортання value-based контрактів на основі стандартизованих показників результату. На технічному рівні інтеграція через API eHealth/НСЗУ дає страховикам доступ (за згодою пацієнта) до верифікованих подій лікування та тарифів, що зменшує асиметрію інформації, прискорює урегулювання претензій і знижує транзакційні витрати. Інституційна можливість – public–private data partnerships для аналітики тягаря захворювань і планування потужностей, що створює основу для адресного контрактування та зменшення черг [43; 94; 125].

Розвиток добровільного медичного страхування (ДМС) як гнучкого доповнення до державного пакета**.**Корпоративний сегмент може масштабуватися через моделі total rewards (благополуччя працівників) і cafeteria plans з індивідуалізацією наборів послуг та співоплат. На роздрібному ринку потенціал – у продуктовій диференціації: pay-as-you-live із динамічною премією, параметричні виплати за стандартизованими тригерами, мікрополіси для вузьких ризиків (ускладнення під час вагітності, реабілітація після травм), родинні програми з розумними лімітами. Інтеграція з фінтех-каналами (банківські застосунки, маркетплейси платежів) робить придбання та продовження полісів фрикційно-низькими, а телемедицина та домашній моніторинг – здешевлюють доступ до базової консультаційної допомоги й раннього втручання. Це підвищує проникнення ДМС, зменшує катастрофічні витрати домогосподарств і вирівнює навантаження на публічний бюджет.

Євроінтеграційний трек як джерело стандартів, ринкової дисципліни та інвестицій**.** Гармонізація з європейськими підходами (Solvency II/market conduct, GDPR/EHDS, eIDAS 2.0, HTA/value-based healthcare) створює прогнозовані правила, підвищує довіру інвесторів і полегшує транскордонну

взаємодію. Для ринку це можливість: (1) залучати дешевший капітал під зрозумілі вимоги до платоспроможності та резервів; (2) використовувати уніфіковані довідники та формати (HL7 FHIR, SNOMED/LOINC) для масштабованої інтероперабельності; (3) брати участь у грантових програмах технічної допомоги (цифрова інфраструктура, кібербезпека, апскілінг кадрів). Додатковий потенціал – транскордонні продукти для ВПО/мігрантів і взаєморозрахунки з системами ЄС, що розширює ринкову ємність і переносить кращі практики управління ризиками на український ґрунт [41; 42; 132].

Ключові індикатори можливостей (для включення у прогноз до 2030 р.):

- рівень охоплення населення ДМС (загалом/корпоративний/роздрібний), частка е-полісів;
- частка претензій, врегульованих автоматично (straight-through processing), середній TAT виплати;
- частка послуг, оплачених за value-based контрактами; покриття профілактичними програмами (скринінги, вакцинація);
- частка телемедичних звернень і е-рецептів у потоці;
- інтеграційні метрики з НСЗУ/eHealth: частка провайдерів, підключених за HL7 FHIR; completeness/consistency score медичних записів;
- регуляторна конвергенція: прийняті/імплементовані норми (Solvency/market conduct, GDPR/EHDS), кількість успішних sandbox-пілотів;
- інвестиції в InsurTech/MedTech (венчур/корпоративні), частка проєктів у клінічно значущих нозологіях.

Політики й інструменти реалізації можливостей. На державному боці – розширення каталогу API eHealth/НСЗУ, єдині довідники/тарифи, швидкий трек погоджень для sandbox, податкові стимули для корпоративних програм профілактики, інституціалізація HTA та value-based закупівель. На боці ринку – інвестиції у якість даних та відповідність стандартам, прозорі KID-документи, незалежний аудит AI-моделей, дизайн продуктів “захист-плюс-профілактика”. Реалізація цих можливостей у синхроні здатна підняти проникнення страхового покриття, знизити частку OOP-витрат і перевести систему до більш стійкої, орієнтованої на результат моделі фінансування охорони здоров’я.

Макроекономічна нестабільність безпосередньо підвищує ризикованість страхового бізнесу і знижує платоспроможний попит на поліси. Інфляційні хвилі, девальваційний тиск та волатильність доходів домогосподарств ведуть до відтермінування/скасування страхових витрат і частішого переривання дії договорів. Для страховиків це означає зростання частоти анулювань, скорочення середнього чека, погіршення якості портфеля та ускладнення актуарних оцінок (помилки в прогнозі частоти/тяжкості збитків, нестабільні допущення щодо витрат провайдерів). Одночасно зростає вартість капіталу та дефіцит «довгих грошей», що обмежує інвестиції в цифровізацію, антифрод та профілактичні програми. На провайдерському боці нестабільність витрат (фарма, енергоносії, логістика) породжує тарифні розриви й конфлікти у врегулюванні претензій [113; 119; 121].

Війна та безпекові ризики створюють системні шоки для пропозиції та попиту. Руйнування медичної інфраструктури, релокація закладів, перебої в ланцюгах постачання медикаментів і витратних матеріалів знижують доступність послуг і підвищують їх собівартість. Військові дії збільшують частоту травм/ускладнень, психологічних розладів, навантаження на реабілітаційні послуги, що підвищує частоту звернень і збитковість медичного сегмента. Посилюються операційні ризики: кіберзагрози, перебої в електропостачанні/зв'язку, ризики безперервності бізнесу. Для страховиків це трансформується в стрибкоподібні сплески заяв, довші цикли урегулювання, зростання частки спірних кейсів і підвищені вимоги до резервування.

Міграційні процеси (як внутрішнє переміщення, так і зовнішня міграція)змінюють демографічну структуру страхувальників і географію ризику. Відтік працездатного населення та високих платників податків/внесків зменшує ємність корпоративного сегмента й знижує ефект ризик-пулу (adverse selection у роздрібному ДМС). Переміщення всередині країни ускладнює мережеве планування**:** дисбалансуються регіональні панелі провайдерів, збільшується відстань до «своїх» партнерських закладів, зростає частка out-of-network звернень і витрат на координацію маршруту. Транскордонні переміщення породжують складні кейси взаєморозрахунків,

потребу у узгоджених кодниках/стандартах і ризики подвійного страхування або, навпаки, «прогалин» покриття.

Синергія наведених факторів формує каскадні загрози: погіршення якості даних (неповні епізоди через розірвані маршрути), зростання шахрайських практик (upcoding, фальсифікація документів), а також зниження довіри до страхових механізмів – коли затримки виплат і суперечки стають публічними. Відповіддю мають бути резервні операційні сценарії (відмовостійкі ЦОД, офлайн-процедури, пріоритизація критичних сервісів), посилений кіберзахист, адаптивна тарифна політика (індексаційні клаузули, коридори співоплат), розширення телемедицини/домашнього моніторингу та гнучкі партнерства з провайдерами в регіонах релокації.

Індикатори загроз (для моніторингу в прогнозі до 2030 р.)

- макро: CPI/інфляція медичних послуг, курс/волатильність, безробіття, вартість капіталу;
- портфельні: частка анульованих/призупинених полісів, частота збитків, середня вартість заяви, комбінований коефіцієнт;
- операційні: середній TAT урегулювання, частка спірних кейсів/апеляцій, частка out-of-network звернень, інциденти кібербезпеки;
- демографія/міграція: чистий відтік/притік, частка ВПО серед застрахованих, регіональні дисбаланси мережі провайдерів;
- якість даних: completeness/consistency score, частка епізодів без закриття, аномалії, пов’язані з релокацією.

Фіксація й регулярний перегляд цих показників дозволять своєчасно коригувати продуктові стратегії, тарифну політику та мережеві контракти, підтримуючи стійкість ринку медичного страхування навіть у високоневизначеному середовищі.

Прогноз ґрунтується на логіці SWOT-аналізу і висновках підрозділу 3.1 щодо цифровізації. Розглядаються не точні значення показників, а якісні траєкторії за різних поєднань драйверів: нормативний прогрес (рамка ОМС, стандарти інтероперабельності), темпи інтеграції з eHealth/НСЗУ, фінансова

спроможність домогосподарств і бізнесу, безпекова й макроекономічна ситуація, стан даних і кіберзахист.

Оптимістична траєкторія (реформо- та техно-акселерація**).** За умови послідовної нормотворчості та відкритості державної інфраструктури даних можна очікувати помітного розширення охоплення страховим покриттям і зсуву до електронних полісів та автоматизованих виплат. Телемедицина і програми профілактики стають звичним каналом доступу, а частина оплат поступово переходить на value-based логіку. Конфліктність урегулювання знижується завдяки уніфікованим довідникам, дані стають повнішими й придатними для аналітики.

Базова траєкторія (поступова гармонізація). За інкрементальних змін нормативна і технічна інтеграція рухається вперед, але нерівномірно. ДМС зростає насамперед у корпоративному сегменті, електронні сервіси поширюються «кластерами», телемедицина закріплюється у типових кейсах. Заявки частково автоматизуються, однак зберігається потреба у ручному супроводі складних випадків. Довіра підвищується поступово – разом із прозорими метриками якості сервісу та захисту даних.

Консервативна траєкторія (затяжна нестабільність/регуляторні затримки). Якщо макро- і безпекові шоки зберігаються, а регуляторна рамка просувається повільно, ринок фіксується **у** режимі «ручних процесів»**:** електронізація фрагментарна, автоматизація обмежена, спірність урегулювання підвищена. Попит на ДМС стає волатильним, роль позастрахових платежів залишається значною, а інновації зосереджуються на точкових пілотах без масштабування.

Критичні умови реалізації. У всіх траєкторіях результат визначають: (1) якість і сумісність даних (уніфіковані довідники, дисципліна кодування, управління ідентичностями), (2) передбачуваність правил (прі-авторизація, електронні претензії, гарантії захисту даних), (3) операційна стійкість (кібербезпека, безперервність сервісів), (4) комунікація цінності страхування та підвищення фінансової/медичної грамотності.

Орієнтовні індикаторні кошики (без жорстких числових цілей). Для моніторингу достатньо відстежувати: охоплення страховим покриттям (у розрізі ДМС/держпрограм), частку електронних полісів і електронних претензій, питому вагу автоматизованих рішень та телемедичних звернень, середній час урегулювання, частку оплат за результат, показники довіри (скарги, NPS) і якості даних (повнота, несуперечливість). Їхня динаміка**в**ажливіша за конкретні значення.

Тож до 2030 року вектор розвитку визначатиметься не стільки обсягом фінансування, скільки якістю інституцій і даних**.** За сприятливої комбінації факторів система поступово переходить від реактивної компенсації витрат до проактивного управління здоров'ям**,** де цифрові сервіси, стандартизовані дані та прозорі правила зменшують транзакційні витрати, підвищують довіру і стійкість ринку.

3.3. Шляхи удосконалення та перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні

З огляду на виявлені в попередніх підрозділах дисбаланси фінансування, фрагментованість регуляторних підходів та обмежену роль страхових механізмів у покритті медичних ризиків, постає потреба не лише в точкових корекціях, а в цілісній трансформації моделі. Подальший аналіз зосередимо на ключових векторах удосконалення та перспективах розвитку системи медичного страхування в Україні, які охоплюють державну рамку, механізми оплати послуг, розвиток приватного сегмента та інституційну архітектуру управління.

Перший вектор це оновлення державної рамки з фокусом на чітких правилах гри, сумісності даних і прозорості фінансування. Потрібна поетапна модель ОМС із визначеним базовим пакетом, механізмами співоплати з верхніми лімітами захисту, винятками для вразливих груп і системою коригування ризику (risk-adjustment) між платниками. Рішення мають спиратися на єдині довідники послуг/тарифів та стандарти обміну (HL7 FHIR, локалізовані кодники), щоб прі-авторизація і е-претензії працювали однаково в

усіх регіонах і закладах. На рівні нагляду доречна конвергенція до принципів solvency/market conduct: вимоги до капіталу і резервів у медичному сегменті, відкритість ключових показників (відмови, час виплат), захист даних і аудит алгоритмічних рішень [98; 101; 114].

Другий вектор це реформа оплати послуг: від переважного fee-for-service до змішаних механізмів, які вирівнюють стимули. Комбінація капітації (первинка), DRG (стаціонар), тарифів з елементами value-based(бонуси за досягнення клінічних результатів, зниження повторних госпіталізацій, дотримання профілактики) зменшує перевитрати й покращує якість. Для цього треба прив'язати договори до протоколів МОЗ, забезпечити інтеграцію з eHealth (подія лікування - рахунок - виплата) і впровадити антифрод-аналітику (виявлення upcoding/unbundling, атипових патернів). Спільні пілоти НСЗУ–страховики на пріоритетних нозологіях стануть містком від теорії до масштабування.

Третій вектор це підсилення приватного сегмента як комплемента державному пакету. Добровільне медичне страхування варто розвивати у двох площинах: (1) корпоративні програми благополуччя з персоніфікованими пакетами, телемедициною та домашнім моніторингом; (2) роздрібні продукти з прозорими KID-документами, динамічними преміями (pay-as-you-live) і параметричними виплатами за стандартизованими тригерами. Умовою є інтероперабельність: mobile-policy, е-договір і структуровані claims через єдині API; granular consent із журналом доступів у кабінеті пацієнта; регулярний аудит якості даних і моделей ризику. Так приватний сектор не дублює державний, а закриває «надпакет» сервісів і знижує тиск на бюджет.

Четвертий вектор – інституційна керованість і клієнтська довіра, що забезпечують зв'язність реформи. Потрібен постійний міжвідомчий комітет з інтероперабельності та страхових інновацій (НСЗУ, МОЗ, регулятори, асоціації), який веде спільні довідники/каталог API, запускає regulatory sandbox і публікує дашборди якості (частка е-полісів, ТАТ, автоматичні виплати, частка відмов, інциденти безпеки). Паралельно варто інституціоналізувати омбудсмена страхувальників та типові стандарти

обслуговування (SLA) для провайдерів і страховиків. Ці елементи замикають цикл, описаний у попередніх розділах: дані стають надійною інфраструктурою, стимули вирівнюються на результат, а державний і приватний сегменти працюють як єдина система, де профілактика та якість винагороджуються, а неформальні практики втрачають сенс.

Ефективне державно-приватне партнерство (ДПП) у медичному страхуванні має поєднувати інфраструктурні та сервісні компоненти, спираючись на інтероперабельні дані (eHealth/НСЗУ) і прозорі фінансові правила. На інфраструктурному рівні доцільні service-PPP і DBFO-моделі для створення/оснащення діагностичних центрів, реабілітаційних відділень, телемедичних хабів і лабораторій з оплатою за фактом наданих послуг за уніфікованими тарифами (DRG/каталоги НСЗУ). На сервісному рівні – контрактування приватних провайдерів у державних пакетах та спільні програми профілактики (скринінги, вакцинація, менеджмент хронічних станів), де приватні страховики і медичні мережі беруть на себе частину операційного ризику в обмін на довгострокові контракти й прогнозовану оплату [119; 135].

Фінансова архітектура ДПП має прирівнювати оплату до результату, а не лише до обсягу. Для цього пропонується комбінація value-based контрактів (бонус/малус за досягнення цільових клінічних показників, зниження повторних госпіталізацій, дотримання профілактики) та risk-sharing угод (поділ ризику ефективності інноваційних технологій/ліків між державою, страховиком і провайдером). У планових напрямках можливі пакетні (bundled) оплати за епізод лікування з чітко визначеним обсягом послуг і часовими межами. Для підвищення інвестиційної привабливості варто застосовувати блендоване фінансування (гранти/пільгові кредити + приватний капітал), а також механізми гарантій/реіншуренсу для великих проєктів.

Цифрова складова ДПП – це Public–Private Data Partnerships**:** стандартизований обмін агрегованими даними для епідеміологічної аналітики, планування потужностей і таргетування профілактичних програм; payer/provider APIдля прі-авторизації, електронних претензій та автоматизованих виплат; спільні антифрод-модулі. Для швидкого запуску –

regulatory sandbox з обмеженим периметром, де тестуються динамічні премії (pay-as-you-live), параметричні виплати, смарт-контракти у permissioned-консорціумах (НСЗУ–страховики–провайдери). Обов'язкові запобіжники: granular consent пацієнта, журнал доступів, аудит AI-моделей на упередженість і безпеку, шифрування на рівні записів, незалежний контроль інцидентів.

Інституційно ДПП потребує єдиної рамки управління: міжвідомчий комітет (НСЗУ, МОЗ, фінансові/конкурентні регулятори, асоціації страховиків і провайдерів) затверджує спільні довідники, каталоги API, типові договори і SLA (час очікування, доступність, вимоги до якості даних), а також умови участі у sandbox. Для захисту споживачів – омбудсмен страхувальників**,** типові KID-документи з прозорими виключеннями/ко-платежами, відкриті дашборди: частка автоматизованих виплат, середній час урегулювання (TAT), відмови/апеляції, інциденти безпеки, NPS пацієнтів і провайдерів. Антикорупційні запобіжники – електронні тендери, публікація укладених договорів і аудит вартості епізоду лікування.

Щоб механізми були керованими, фіксуємо мінімальний KPI-набір для ДПП: (1) покриття цільових груп профілактичними програмами; (2) частка звернень, врегульованих straight-through; (3) дотримання клінічних протоколів і частота повторних госпіталізацій; (4) TAT і частка спірних кейсів; (5) completeness/consistency даних; (6) економія адмінвитрат і вартість епізоду порівняно з базою; (7) задоволеність користувачів і провайдерів (NPS/CSAT). Поетапне розгортання – від пілотів у пріоритетних нозологіях (діабет, ССЗ, реабілітація) до масштабування на мережевому рівні – забезпечить плавний перехід від ізольованих проектів до сталої екосистеми партнерств**,** де державний та приватний сектори взаємодоповнюють один одного й вирівнюють стимули на результат і довіру.

Запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) доцільно розглядати як механізм фінансової консолідації та вирівнювання ризиків, що доповнює державні програми закупівель послуг і приватне ДМС. Базова архітектура має поєднати солідарні внески

(роботодавець/працівник/самозайняті) з бюджетними трансфертами для вразливих груп, формуючи єдиний ризик-пул із прозорими правилами розподілу. Ключові інституційні елементи: національний фонд ОМС із чітким мандатом і наглядом; risk-adjustment (коригування внесків/капітацій за віком, станом здоров'я, коморбідністю); незалежний аудит використання коштів; узгоджені з НСЗУ стандарти контрактування провайдерів [24; 101].

Зміст гарантованого пакета має спиратися на пріоритети громадського здоров'я: первинна допомога, ургентні стани, базова спеціалізована допомога, пологи, лікарські засоби з доведеною ефективністю, реабілітація для визначених нозологій. Поза базою – добровільні надбудови ДМС (покращені сервісні умови, розширена стоматологія, планові втручання). Механізми співоплати (франшиза, фіксований ко-платіж, upper cap на домогосподарство) з винятками для соціально вразливих груп знижують моральний ризик і допомагають стримувати витрати, якщо вони автоматично контролюються в eHealth та відображаються в «кабінеті пацієнта». Для обґрунтування включення послуг до пакета доцільно інституціоналізувати HTA (оцінку медичних технологій) і періодичний перегляд переліку.

Оплата послуг у моделі ОМС має вирівнювати стимули: капітація та P4P на первинці; DRG для стаціонару; керовані тарифи для амбулаторних процедур і діагностики; value-based елементи (бонус/малус за результат, повторні госпіталізації, дотримання профілактики). Важливо інтегрувати ці схеми з епізодами лікування в eHealth (подія, направлення, рахунок, виплата), підкріпивши антифрод-аналітикою (виявлення upcoding/unbundling, атипових патернів) і чіткими SLA для провайдерів та страховиків. Для інноваційних технологій можливі risk-sharing угоди між фондом ОМС, приватними страховиками та виробниками.

Цифрова інфраструктура ОМС повинна ґрунтуватися на єдиних довідниках і стандартах інтероперабельності (HL7 FHIR/локалізовані кодники), розширених payer/provider/patient-*API*, granular consent і журналізації доступів. Це забезпечує straight-through processing для типових кейсів і скорочує транзакційні витрати. На рівні нагляду – конвергенція до

принципів solvency/market conduct у медичному сегменті, прозорі KID-документи для громадян, публічні дашборди якості (час виплати, частка автоматизованих рішень, відмови/апеляції, інциденти безпеки, NPS). Така прозорість прямо підтримує довіру.

Запуск ОМС доцільно реалізовувати поетапно, узгоджуючи з уже розгорнутими елементами:

1. Підготовчий етап: рамковий закон; створення фонду; спільні довідники послуг/тарифів; регуляторний *sandbox* для прі-авторизації та е-претензій.

2. Пілоти у кількох регіонах: базовий пакет, інтеграція з eHealth, тестові *value-based* контракти у пріоритетних нозологіях (діабет, ССЗ, реабілітація).

3. Масштабування: підключення більшості провайдерів, розширення переліку послуг, уніфікація механізмів співоплати, плавна інтеграція корпоративного ДМС як доповнення до пакета.

4. Стабілізація: зовнішній аудит, регулярний перегляд пакета через HTA, удосконалення risk-adjustment і антифрод-модулів, поглиблення *value-based* компонентів.

У підсумку, ОМС – це не «ще один платіж», а рамка керованості системи**,** яка консолідує фінансові потоки, зменшує частку неформальних платежів, робить оплату прозорою та орієнтованою на результат. За умови тісного узгодження з цифровими рішеннями, така реформа формує стійку архітектуру, де державний і приватний сегменти доповнюють один одного, а профілактика й якість лікування стають економічно вигідними для всіх учасників.

Підвищення довіри потребує передусім захисту прав страхувальника в інституційно закріпленій формі. Пропонується створити незалежний Офіс омбудсмена страхувальників із правом медіації спорів, ініціювання перевірок *market conduct* та публікації щорічних звітів про скарги, відмови і типові порушення. Доповненням стане Гарантійний фонд медичних виплат на випадок неплатоспроможності страховика (чіткі умови тригерів, пріоритет вимог пацієнтів, прозорий механізм відшкодування). Ці елементи формують

“подушку довіри” і зменшують репутаційні ризики для ринку в цілому [24; 120; 137].

Другий пункт це прозорість і порівнянність продуктів. Необхідно уніфікувати KID-документи (Key Information Document) для всіх медичних полісів: простий виклад покриття, виключень, співоплат, лімітів і типових сценаріїв звернення. На рівні ринку запровадити відкриті дашборди якості**:** частка виплачених/відхилених заяв, середній час урегулювання (TAT), частка автоматичних рішень без участі людини, показники апеляцій/перевідкриттів, NPS/CSAT, інциденти безпеки. Дані мають оновлюватися регулярно та верифікуватися регулятором/НСЗУ, а методики – бути однаковими для всіх. Публічність метрик робить ціни та сервіс співставними, знижуючи інформаційну асиметрію й стимулюючи чесну конкуренцію.

Третій пунктце етика, дані та алгоритми. Запровадити Кодекс належної практики для медичного страхування: недискримінаційний андеррайтинг, заборона оманливої реклами, стандарти комунікації зі страхувальником, вимоги до алгоритмічної прозорості (аудит моделей андеррайтингу/антифроду на упередження, стабільність і пояснюваність), регулярні зовнішні аудити захисту даних (encryption, access logs, *least privilege*). На стороні провайдерів – сертифікація інформаційних систем, дисципліна кодування за єдиними довідниками, електронний ланцюг «подія лікування → рахунок → виплата» з журналом доступів для пацієнта (*granular consent*). Така рамка робить прийняття рішень перевірюваним і відтворюваним.

Четвертий пункт відображає швидка й справедлива обробка претензій. Доцільно закріпити типові SLA для врегулювання: строки підтвердження отримання заяви, повідомлення про необхідні документи, граничний TAT для стандартних кейсів (straight-through processing), прозорі підстави відмови з правом апеляції. Для складних випадків – peer review *і* second opinion за рахунок страховика в мережі незалежних експертів. Додатково – акредитовані програми фінансової та медичної грамотності (у співпраці з МОЗ/НСЗУ, роботодавцями, університетами), публічні порівняльні рейтинги якості

обслуговування, консультативні ради пацієнтів при профільних асоціаціях страховиків.

Щоб пропозиції працювали як система, фіксуємо індикатори довіри для регулярного моніторингу:

- регуляторні: частка ринку, що публікує KID та повні дашборди; частота зовнішніх аудитів даних/алгоритмів;
- сервісні: середній TAT, частка автоматично врегульованих заяв, частка відмов і успішних апеляцій;
- споживчі: NPS/CSAT, скарги на 1 тис. полісів, частка дострокових розірвань;
- безпекові: інциденти кібербезпеки, час їх закриття, наявність журналів доступу;
- ринкові: частка полісів із прозорими умовами співоплати, покриття програмами підвищення грамотності.

Послідовне впровадження цих інституційних механізмів створює замкнений контур довіри: захист прав, прозорість, передбачуваність рішень, швидкі та справедливі виплати, поінформований споживач. У поєднанні з цифровими стандартами та моделлю ОМС це переводить ринок із логіки ситуативного реагування до довгострокової партнерської взаємодії між громадянами, страховиками й державою.

Стратегічна інтеграція передбачає не лише формальне зближення норм, а функціональну сумісність інститутів, даних і стимулів. На рівні ринку це означає поєднання української моделі (державні закупівлі, поступове впровадження ОМС, розвиток ДМС) з європейськими вимогами до платоспроможності страховиків, поведінки на ринку (market conduct) і захисту прав споживачів. На рівні даних – перехід від «обміну файлами» до інтероперабельних сервісів (HL7 FHIR, локалізовані SNOMED CT/LOINC, узгоджені DRG-класифікації), що забезпечують прозоре контрактування та оплату за результат у транскордонному вимірі [24; 83; 121].

Регуляторна конвергенція має три опорні контури. По-перше, фінансово-страховий**:** узгодження вимог до капіталу/резервів і розкриття інформації за

логікою Solvency II, впровадження стандартів продуктової прозорості (KID), незалежного нагляду за тарифоутворенням і врегулюванням. По-друге, дані та приватність: дотримання GDPR, підготовка до Європейського простору даних здоров'я (EHDS), використання eIDAS 2.0 для довірчих послуг (елекронні підписи/ідентифікація), системний аудит безпеки та журналізація доступів (granular consent). По-третє, клінічна ефективність: інституціалізація HTA (оцінка медичних технологій) як підстави для включення послуг до пакета і ціноутворення, розбудова механізмів value-based контрактів (оплата за результат, а не за обсяг).

Важливим вектором є транскордонна портативність покриття та взаєморозрахунки. Для ВПО й трудових мігрантів потрібні стандартизовані маршрути «український поліс - система приймаючої країни»: взаємне розпізнавання е-рецептів, обмін структурованими епізодами лікування, прозорі правила ко-платежів і відшкодування. На практиці це означає: спільні довідники провайдерів і тарифів, канали payer-to-payer для верифікації права на покриття, механізми bundled payment за завершений епізод лікування, а також узгоджені протоколи апеляцій і врегулювання спорів. Така портативність зменшує транзакційні витрати для громадян і підвищує довіру до українських полісів у ЄС.

Інтеграція до європейського простору потребує архітектури спільного управління (governance), яка поєднує державу, ринок і професійну спільноту. Доцільно формалізувати постійну Раду з інтероперабельності та страхових інновацій (НСЗУ, МОЗ, профільні регулятори, асоціації страховиків/провайдерів, пацієнтські організації) з мандатом підтримувати спільні довідники, каталоги API, типові договори, а також узгоджувати пілоти у форматі regulatory sandbox (телемедицина, автоматизовані виплати, смарт-контракти). Паралельно – підключення до європейських програм технічної допомоги (цифрова інфраструктура, кіберстійкість, апскілінг кадрів), що пришвидшує конвергенцію без надмірного бюджетного навантаження.

Щоб зберегти зв'язок із попередніми підрозділами, інтеграційний курс варто реалізовувати поетапно: (1) нормативне ядро – солідарна модель

фінансування з risk-adjustment, стандарти solvency/market conduct, KID та омбудсмен страхувальників; (2) дані – FHIR-інтеграції з eHealth/НСЗУ, спільні довідники, аудит якості даних і кібербезпеки; (3) клініка й оплата – HTA, DRG та *value-based* елементи у пріоритетних нозологіях; (4) транскордонність – пілоти взаєморозрахунків і портативності полісів для визначених категорій громадян. Кожен етап підкріплюється публічними метриками: частка електронних претензій, середній час виплат, частка оплат за результат, completeness/consistency даних, частка кейсів із транскордонним обміном.

Стратегічний ефект інтеграції – зміна логіки системи: від фрагментарних і часто неформальних практик – до дисципліни стандартів, прогнозованої поведінки ринку і винагороди за якість. У цій рамці українська модель отримує доступ до масштабованих технологій і фінансування, громадяни – до ширшого спектра якісних послуг і захисту прав, а страховики – до зрозумілих правил і великих партнерських ринків. Узгоджені інституції, інтероперабельні дані та прозорі стимули роблять інтеграцію не декларацією, а реалістичною траєкторієюмодернізації медичного страхування та його органічного входження до європейського простору.

ВИСНОВОК

У ході дослідження досягнуто поставленої мети – обґрунтовано місце й роль добровільного медичного страхування у змішаній моделі фінансування охорони здоров'я України та розроблено пропозиції й індикатори його інтеграції з Програмою медичних гарантій до 2030 року. Усі завдання роботи виконано: уточнено теоретико-методичні засади ДМС, проаналізовано сучасний стан ринку і нормативного середовища, сформовано комплекс практичних рекомендацій за ключовими напрямами політики.

Показано, що українська система фінансування охорони здоров'я стабільно рухається від переважно бюджетної моделі до змішаної. Держава через НСЗУ забезпечує «ядро» безоплатної допомоги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», тоді як добровільне медичне страхування формує додатковий контур фінансування, орієнтований на розширений сервіс, скорочення часу доступу до послуг і використання потенціалу приватного сектору. ДМС доцільно трактувати як інституційно вбудоване доповнення до ПМГ, а не як її замінник, що узгоджується з європейською логікою поєднання солідарних механізмів, ринкових стимулів та соціальної справедливості.

Доведено, що нинішня структура ринку ДМС визначається домінуванням корпоративних програм: більшість застрахованих охоплені полісами, які купує роботодавець, тоді як індивідуальний сегмент залишається слабко розвиненим. Оціночні показники премій за ДМС та їхньої частки у ВВП свідчать про низький рівень проникнення порівняно з розвиненими країнами. Важливим результатом є обґрунтування потреби в узгодженій методиці обліку застрахованих осіб між регулятором і галузевими об'єднаннями, зокрема усунення подвійного врахування в групових договорах, що є передумовою для коректного моніторингу й постановки реалістичних цільових орієнтирів розвитку ДМС.

Проаналізовано динаміку небанківського страхового сектору після шоку 2022 року. Виявлено ознаки відновлення: зростання обсягів премій, поступове вирівнювання коефіцієнтів виплат, поліпшення збалансованості ризиків і

платоспроможності страхових фондів. Хоча наведені індикатори розраховуються в агрегованому форматі для всього non-life-сектору, вони задають рамкові умови для розвитку ДМС, оскільки визначають фінансову стійкість страховиків, їхню здатність виконувати довгострокові зобов'язання перед застрахованими та інвестувати у цифрову модернізацію.

Поглиблено висвітлено роль держави як системоутворюючого актора. Нормативно-правова база в частині «Основ законодавства України про охорону здоров'я», законодавства про державні фінансові гарантії та підзаконних актів КМУ й НСЗУ чітко окреслює гарантований «кошик» послуг ПМГ і простір послуг, які можуть фінансуватися через добровільні поліси. На цій основі запропоновано перехід від фактичного «паралельного» співіснування ПМГ і ДМС до керовано-доповнювальної моделі, коли добровільне страхування виступає надбудовою над базовими державними гарантіями й забезпечує розширений сервіс, одномісні палати, доступ до приватних закладів, додаткові діагностичні й реабілітаційні можливості.

Сформульовано комплекс інструментів інтеграції ПМГ і ДМС. Рекомендується запуск пілотних проєктів спільної оплати у вибраних пакетах ПМГ без дублювання базового покриття, але з розширенням сервісних параметрів; запровадження уніфікованого мінімального набору даних для обміну між НСЗУ/eHealth і страховиками на основі інформованої згоди пацієнтів; визначення регуляторних цільових індикаторів ефективності взаємодії, що дозволять вимірювати частку епізодів з електронною верифікацією оплати, рівень дублювань між ПМГ і ДМС, середній час урегулювання та вартість епізоду при комбінованому фінансуванні, параметри збалансованості виплат. Така конфігурація інструментів переводить взаємодію державного й добровільного сегментів з «точкових» практик на системний рівень.

Обґрунтовано, що цифровізація є головним прискорювачем розвитку ДМС та його інтеграції з державною системою. Цифрові сервіси перетворюють страховий поліс на персональний «навігатор здоров'я», що забезпечує цілодобові телемедичні консультації, електронні рецепти, маршрутизацію

пацієнтів за клінічними протоколами та інтеграцію з мережею медичних провайдерів. Інфраструктурною передумовою виступає інтероперабельність (єдині довідники, стандарти на кшталт HL7 FHIR), гнучке управління згодами пацієнтів, застосування архітектур безпеки zero-trust. Запропоновано закріпити цифрові ключові показники ефективності – частку електронних полісів, рівень straight-through-processing, індикатори антифрод-аналітики, використання телемедицини та дистанційного моніторингу – у регуляторних документах, безпосередньо пов'язавши інновації з принципом «value for money» та євроінтеграційними вимогами до цифрового здоров'я.

Розроблено пропозиції щодо правового розмежування ролі ДМС і податкових стимулів для його масштабування. Наголошено на доцільності нормативного закріплення моделей wrap-around, які чітко фіксують, що добровільний поліс доповнює ПМГ, а не підміняє державні гарантії. Рекомендовано забезпечити портативність корпоративних полісів між роботодавцями, установити мінімальні вимоги до мережі партнерських медичних закладів і стандартів обслуговування за договорами ДМС, впорядкувати механізми позасудового вирішення спорів між страховиком, медичним закладом і застрахованим. Окремо підкреслено необхідність актуалізації податкових норм щодо витрат роботодавців на ДМС і програми профілактики як інструмента підтримки здоров'я персоналу, що сприятиме розширенню корпоративного сегменту й формуванню культури страхування.

Специфіка функціонування ДМС в умовах війни та економічної невизначеності розкрита через каскадний характер ризиків: можливі втрати даних, шахрайські практики, кіберзагрози, спірні кейси, територіальна нерівномірність доступу до мережі медичних послуг. У відповідь запропоновано формувати резервні операційні сценарії з використанням відмовостійких центрів обробки даних, офлайн-процедур на випадок відключень і резервних каналів зв'язку, посилювати кіберзахист і комплаєнс у сфері обробки медичних даних, запроваджувати адаптивні підходи до тарифікації з індексаційними застереженнями та коридорами співоплат, масштабувати телемедицину і домашній моніторинг, будувати гнучкі

партнерства з медичними закладами у регіонах релокації та найбільшої концентрації внутрішньо переміщених осіб.

Запропоновано системний набір індикаторів для моніторингу розвитку ДМС до 2030 року. Він охоплює показники загального, корпоративного та індивідуального охоплення населення, частку електронних полісів і операцій, що обробляються в автоматизованому режимі, середній час урегулювання виплат, частку контрактів з елементами оплати за результат та обсяг профілактичних програм. Включено індикатори використання телемедицини та е-рецептів, інтеграційні метрики з НСЗУ/eHealth, що відображають повноту, своєчасність і узгодженість даних, а також показники регуляторної конвергенції з європейськими стандартами (Solvency, market conduct, GDPR/EHDS, використання регуляторних «пісочниць») та обсяги інвестицій у InsurTech і MedTech-рішення. Такий набір створює основу для прозорого відстеження прогресу та оцінки впливу конкретних реформ.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що узгоджена інтеграція державних і приватних механізмів фінансування охорони здоров’я, підкріплена сучасними цифровими стандартами, прозорими правилами гри та налаштованими стимулами, здатна суттєво змінити «поведінку» системи: від фрагментарних практик і вибіркового доступу – до дисципліни стандартів, відповідальності за результат і винагороди за якість. Така трансформація безпосередньо позначається на розвитку людського капіталу, зменшує катастрофічні позагарантійні витрати домогосподарств, підвищує довіру до інститутів і підтримує довгострокову конкурентоспроможність економіки. У запропонованій рамці добровільне медичне страхування постає органічним доповненням Програми медичних гарантій і реалістичною траєкторією модернізації української системи охорони здоров’я до стандартів європейського простору.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aboalganam K.M., Alzghoul A. The impact of digital marketing on the reputation of insurance companies: the role of service quality and brand trust // Insurance Markets and Companies: електрон. версія журн. 2025. Vol. 16, No. 1. P. 1–15. DOI: 10.21511/ins.16(1).2025.01 (дата звернення: 10.11.2025).

2. Acharya D., Subedi K., Bhandari D., et al. Health insurance enrolment and access to care in Nepal: further analysis of the DHS // PLOS ONE: електрон. версія журн. 2024. Vol. 19, No. 7. e0310324. DOI: 10.1371/journal.pone.0310324 (дата звернення: 10.11.2025).

3. Александренко Г. та ін. Цифрове медичне втручання для відновлення доступу до медичної допомоги людей, які живуть з ВІЛ і постраждали від війни в Україні: кейс-дослідження // Oxford Open Digital Health: електрон. версія журн. 2025. Vol. 3. oqaf001. DOI: 10.1093/oodh/oqaf001 (дата звернення: 10.11.2025).

4. Alkhelb A.A., Alshagrawi S. Role of artificial intelligence in healthcare insurance: systematic literature review // Exploration of Digital Health Technologies: електрон. версія журн. 2025. Vol. 3. 101145. DOI: 10.37349/edht.2025.101145 (дата звернення: 10.11.2025).

5. Arhin K., Boso R., et al. Benchmarking the performance of healthcare systems in Africa and OECD: insights for model choice // Cogent Social Sciences: електрон. версія журн. 2025. Vol. 11, No. 1. 2471562. DOI: 10.1080/23311886.2025.2471562 (дата звернення: 10.11.2025).

6. Страхова компанія «ARX». Виплати за зверненнями клієнтів у 2024 році становили майже 1,8 млрд грн (+23 % рік до року). Прес-реліз, 2025. URL: https://arx.com.ua/blog/press/viplati-pidsumki (дата звернення: 02.11.2025).

7. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/984_011 (дата звернення: 02.11.2025).

8. Ávila C. Implementing health financing policies to overhaul the healthcare delivery system in Ukraine // Journal of Hospital Management and Health Policy: електрон. версія журн. 2021. Vol. 5. 7. DOI: 10.21037/jhmhp-20-97 (дата звернення: 10.11.2025).

9. Aytemiz S., Türkeli S. Long-term effects of health expenditures on life expectancy in OECD countries // Frontiers in Public Health: електрон. версія журн. 2024. Vol. 12. 1497794. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1497794 (дата звернення: 10.11.2025).

10. Berkowitz S.A. The fundamental importance of social insurance for health equity // Health Affairs Scholar: електрон. версія журн. 2025. Vol. 3, No. 3. qxae170. DOI: 10.1093/haschl/qxae170 (дата звернення: 10.11.2025).

11. Безтелесна Л., Лехан В., Рудий В. та ін. Поведінкові детермінанти діяльності надавачів медичних послуг в Україні після укладення договорів з Національною службою здоров'я України // The Lancet Regional Health – Europe: електрон. версія журн. 2024. Vol. 39. 100800. DOI: 10.1016/j.lanepe.2024.100800 (дата звернення: 10.11.2025).

12. Bhattacharya A., Sengupta S., Bose I. The AI revolution in insurance: opportunities, risks, and governance // Frontiers in Artificial Intelligence: електрон. версія журн. 2025. Vol. 8. 1568266. DOI: 10.3389/frai.2025.1568266 (дата звернення: 10.11.2025).

13. Blumenthal D. et al. Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System. New York: The Commonwealth Fund, 2024. URL: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2024-09/Blumenthal_mirror_mirror_2024_final_v2.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

14. Бойко С., Власенко Р. Інновації Програми медичних гарантій 2025 року: ризики та можливості: аналітична записка. Київ: Національний інститут стратегічних досліджень, 02.06.2025. URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-05/az_medgarantii_ukr_0206.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

15. Бухало Г. Платні медичні послуги в закладах муніципальної системи охорони здоров'я: законодавчі вимоги та практичні рішення //

Proceedings of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences. 2025;1(77). DOI: https://doi.org/10.25040/ntsh2025.

16. Буланцов І. Проблеми та виклики регулювання страхового ринку України в контексті європейської інтеграції // Economic Forum: електрон. версія журн. 2024. Vol. 14, No. 1. P. 8–17. DOI: 10.62763/cb/1.2024.08 (дата звернення: 10.11.2025).

17. Кабінет Міністрів України. Постанова «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» від 22.12.2023 № 1394 // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1394-2023-%D0%BF (дата звернення: 02.11.2025).

18. Кабінет Міністрів України. Постанова «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році» від 24.12.2024 № 1503 // Урядовий портал. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-realizatsii-prohramy-derzhavnykh-harantii-medychnoho-obsluhovuvannia-naselennia-u-2025-rotsi-1503-241224 (дата звернення: 02.11.2025).

19. Кабінет Міністрів України. Постанова «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27.12.2017 № 1101 // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1101-2017-%D0%BF (дата звернення: 02.11.2025).

20. Цивільний кодекс України: Закон України від 16.01.2003 № 435-IV // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/435-15 (дата звернення: 02.11.2025).

21. Конституція України: Стаття 49 // Офіційний вебпортал «Конституція України».URL: https://constitution.in.ua/articles/49/ (дата звернення: 02.11.2025).

22. Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 № 10-рп/2002 у справі щодо офіційного тлумачення положень ч. 3 ст. 49 Конституції України («безоплатна медична допомога в державних і комунальних закладах

охорони здоров’я») // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/v010p710-02 (дата звернення: 02.11.2025).

23. Дейл Е., Новак Дж., Дмитрієв Д., Демешко О., Габіхт Й. Стійкість первинної медичної допомоги в Україні: висновки для майбутніх реформ // Health Systems & Reform: електрон. версія журн. 2024. Vol. 10, No. 1. 2352885. DOI: 10.1080/23288604.2024.2352885 (дата звернення: 10.11.2025).

24. Danish Refugee Council. Legal Alert Special on Access to Healthcare System in Ukraine, Issue №119, October 2025. Copenhagen–Kyiv: DRC, 2025. URL: https://drc.ngo/media/0flb2bka/legal-alert-119-en.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

25. Дячук Д. Концептуальні підходи до запровадження обов’язкового медичного страхування для населення в Україні // European Scientific e-Journal: електрон. наук. журн. 2025. № 37. С. 60–65. DOI: 10.47451/med2025-04-01 (дата звернення: 10.11.2025).

26. Dincă M.S., Fîrţescu B.N., et al. Modelling health financing performance in Europe in the context of crises // Economies: електрон. наук. журн. 2023. Т. 11, № 12. Ст. 299. DOI: 10.3390/economies11120299 (дата звернення: 10.11.2025).

27. Diop M., Sobczyk R. Social innovation in access to healthcare: community-based health insurance among Senegalese migrants in Spain // BMC Health Services Research: електрон. наук. журн. 2024. Т. 24. Ст. 1430. DOI: 10.1186/s12913-024-11926-9 (дата звернення: 10.11.2025).

28. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients’ rights in cross-border healthcare // EUR-Lex. URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32011L0024 (дата звернення: 02.11.2025).

29. Dlouhý M. Efficiency evaluation of health systems by MCDA and DEA // Health Economics Review: електрон. наук. журн. 2024. Т. 14, № 1. Ст. 18. DOI: 10.1186/s13561-024-00538-y (дата звернення: 10.11.2025).

30. Добровольська О., Ортманс В., Качула С., Павленко О., Зонтаг Р. Вплив медичного страхування на охоплення населення країни медичними

послугами // Insurance Markets and Companies: електрон. наук. журн. 2024. Т. 15, № 1. С. 40–57. DOI: 10.21511/ins.15(1).2024.04 (дата звернення: 10.11.2025).

31. Джус М., Головач І. Вплив українсько-російської війни на систему охорони здоров'я та гуманітарну кризу // Disaster Medicine and Public Health Preparedness: електрон. наук. журн. 2022. Т. 17. Ст. e340. DOI: 10.1017/dmp.2022.265 (дата звернення: 10.11.2025).

32. Джигир Ю., Дейл Е., Вурхув А., Гопінатан У., Майнзюк К. Процедурна справедливість та стійкість реформ фінансування охорони здоров'я в Україні // Health Policy and Planning: електрон. наук. журн. 2023. Т. 38, Suppl. 1. С. i59–i72. DOI: 10.1093/heapol/czad062 (дата звернення: 10.11.2025).

33. e-Estonia. e-Prescription: 100% of prescriptions are digital // e-Estonia: офіц. веб-сайт. 2025. URL: https://e-estonia.com/solutions/e-health-2/e-prescription/ (дата звернення: 02.11.2025).

34. eHealth Network. Patient Summary Guidelines. Release 3.1 // European Commission – eHealth Network: офіц. веб-сайт. Brussels, 2023. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-10/ehn_guidelines_patientsummary_en.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

35. Endalamaw A., Mengistu T.M., Dessie G., et al. Universal health coverage—Exploring the what, how and why: a realist review // PLOS Global Public Health: електрон. наук. журн. 2025. Т. 5, № 6. Ст. e0003330. DOI: 10.1371/journal.pgph.0003330 (дата звернення: 10.11.2025).

36. European Commission. European Health Data Space Regulation (EHDS): overview // European Commission – Health: офіц. веб-сайт. Brussels, 2025. URL: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en (дата звернення: 02.11.2025).

37. European Court of Auditors. Special Report 25/2024: Digitalisation of healthcare – EU support for Member States effective overall, but difficulties in using EU funds // European Court of Auditors: офіц. веб-сайт. Luxembourg, 2024. URL: https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-25/SR-2024-25_EN.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

38. Eurostat. Preventable and Treatable Mortality Statistics. Luxembourg: Eurostat, 2025. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Preventable_and_treatable_mortality_statistics (дата звернення: 02.11.2025).

39. Eze P., Idemili C.J., Lawani L.O. Evaluating health systems' efficiency towards universal health coverage: a data envelopment analysis // Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing: електрон. наук. журн. 2024. Т. 61. Ст. 469580241235759. DOI: 10.1177/00469580241235759 (дата звернення: 10.11.2025).

40. Eze P., Ilechukwu S., Lawani L.O. Impact of community-based health insurance in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis // PLOS ONE: електрон. наук. журн. 2023. Т. 18, № 6. Ст. e0287600. DOI: 10.1371/journal.pone.0287600 (дата звернення: 10.11.2025).

41. Fernando K.D.U.D., Tharanga T.M.N., Dewasiri N.J., Sood K., Grima S., Thalassinos E. Insurance penetration and institutional spillover on economic growth: a dynamic spatial econometric approach on the Asian and Europe region // Journal of Risk and Financial Management: електрон. наук. журн. 2023. Т. 16, № 8. Art. 365. DOI: 10.3390/jrfm16080365 (дата звернення: 10.11.2025).

42. Forinsurer. «Енергоатом» обирає страховиків для добровільного медичного страхування працівників на 2025 рік (корпоративний тендер ДМС). News item, 21.11.2024. URL: https://forinsurer.com/news/24/11/21/44421 (дата звернення: 02.11.2025).

43. Forinsurer. Медичне страхування в Україні: ціна та структура програм добровільного медичного страхування (довідковий розділ). 2024. URL: https://forinsurer.com/med (дата звернення: 02.11.2025).

44. Forinsurer. Рейтинг страхових компаній України: медичне страхування (ДМС) – I квартал 2024 року. 2024. URL: https://forinsurer.com/ratings/nonlife/24/3/45 (дата звернення: 02.11.2025).

45. Forinsurer. «ВУСО» в період трансформації: нові підходи до страхування (галузеве інтерв'ю). 05.06.2025. URL: https://forinsurer.com/public/25/06/05/5025 (дата звернення: 02.11.2025).

46. Gabani J., Mazumdar S., Suhrcke M. The redistributive effect of the public health system: the case of Sierra Leone // Health Policy and Planning: електрон. наук. журн. 2024. Т. 39, № 1. С. 4–21. DOI: 10.1093/heapol/czad100 (дата звернення: 10.11.2025).

47. Glenza J. US Health System Ranks Last Compared with Peer Nations, Report Finds // The Guardian: електрон. версія газ. 18.09.2024. URL: https://www.theguardian.com/us-news/2024/sep/18/american-health-system-ranks-last (дата звернення: 02.11.2025).

48. Goeldner M., Gehder S. Digital Health Applications (DiGAs) on a Fast Track: Insights From a Data-Driven Analysis of Prescribable Digital Therapeutics in Germany From 2020 to Mid-2024 // Journal of Medical Internet Research: електрон. наук. журн. 2024. Т. 26. e59013. DOI: 10.2196/59013 (дата звернення: 10.11.2025).

49. Goetjes E., Blankart K.E. Insurance barriers and inequalities in health care access: evidence from dual practice // Health Economics Review: електрон. наук. журн. 2024. Т. 14, № 1. Art. 23. DOI: 10.1186/s13561-024-00500-y (дата звернення: 10.11.2025).

50. Гонєвіч К., Беркл Ф.М., Джус М., Хоррам-Менеш А. Криза системи охорони здоров’я України: сталі стратегії подолання конфлікту та відновлення стійкого майбутнього // Sustainability: електрон. наук. журн. 2023. Т. 15, № 15. Art. 11602. DOI: 10.3390/su151511602 (дата звернення: 10.11.2025).

51. Goodman C., Witter S., Hellowell M., et al. Approaches, enablers and barriers to govern the private sector in health in low- and middle-income countries: a scoping review // BMJ Global Health: електрон. наук. журн. 2024. Т. 8, Suppl. 5. e015771. DOI: 10.1136/bmjgh-2024-015771 (дата звернення: 10.11.2025).

52. GOV.UK. Major NHS App expansion cuts waiting times // GOV.UK: офіц. уряд. веб-сайт. 28.04.2025. URL: https://www.gov.uk/government/news/major-nhs-app-expansion-cuts-waiting-times (дата звернення: 02.11.2025).

53. Guerrero-Torres L., Shroff Z.C., Howard N., et al. Governance and structure of national public health agencies: a critical foundation for strengthening

public health security // BMJ Global Health: електрон. наук. журн. 2025. Т. 10, № 5. e017724. DOI: 10.1136/bmjgh-2024-017724 (дата звернення: 10.11.2025).

54. Habicht J., Hellowell M., Kutzin J. Sustaining progress towards universal health coverage amidst a full-scale war: learning from Ukraine // Health Policy and Planning: електрон. наук. журн. 2024. Т. 39, № 7. С. 799–802. DOI: 10.1093/heapol/czae041 (дата звернення: 10.11.2025).

55. Hajji O., Kutzin J., та ін. Health financing functions for universal health coverage in low- and middle-income countries: a systematic review // Public Health Reviews: електрон. наук. журн. 2025. Т. 4. Art. 1607745. DOI: 10.3389/phrs.2025.1607745 (дата звернення: 10.11.2025).

56. Hanson C., McCarthy I., Graves J.A. Providers Paid Substantially Less By Marketplace Nongroup Insurers Than By Employer Small-Group Plans, 2021 // Health Affairs: електрон. наук. журн. 2024. Т. 43, № 12. С. 1672–1679. DOI: 10.1377/hlthaff.2024.00913 (дата звернення: 10.11.2025).

57. Гелловелл М., Демешко О., Гревцова Р., Роубал Т., Фіщук К., Кас'янчук С., Габіхт Й. Приватне надання медичних послуг в Україні: якісне дослідження актуальних політичних викликів та можливих напрямів реформування // Health Policy: електрон. наук. журн. 2025. Т. 158. Art. 105349. DOI: 10.1016/j.healthpol.2025.105349 (дата звернення: 10.11.2025).

58. Hoagland A., Yu O., Horný M. Social determinants of health and insurance claim denials for preventive care // JAMA Network Open: електрон. наук. журн. 2024. Т. 7, № 9. e2433316. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.33316 (дата звернення: 10.11.2025).

59. Horvey S.S., Odei-Mensah J., Liebenberg A.P., та ін. Insurance market development and economic growth in Africa: contingencies and thresholds of structural transformation // Heliyon: електрон. наук. журн. 2024. Т. 10, № 21. Art. e40046. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40046 (дата звернення: 10.11.2025).

60. Hussien M. Value for solidarity: a proxy for community understanding and acceptance of the basic principles of community-based health insurance in rural Ethiopia // Health Economics Review: електрон. наук. журн. 2024. Т. 14. Art. 82. DOI: 10.1186/s13561-024-00565-9 (дата звернення: 10.11.2025).

61. Huțu D., Cumpăt C.M., Grădinaru A., Rusu B. The impact of moral hazard on healthcare utilization in public hospitals from Romania: evidence from patient behaviors and insurance systems // Healthcare: електрон. наук. журн. 2024. Т. 12, № 24. Art. 2519. DOI: 10.3390/healthcare12242519 (дата звернення: 10.11.2025).

62. Ito F., Takeuchi M., та ін. Health insurance and its psychosocial correlates in patients with advanced lung cancer in Japan // JMA Journal: електрон. наук. журн. 2025. Т. 8, № 3. С. 743–752. DOI: 10.31662/jmaj.2024-0289 (дата звернення: 10.11.2025).

63. Jamal M.H., Abdul Aziz A.F., Aizuddin A.N., Aljunid S.M. Successes and obstacles in implementing social health insurance in developing and middle-income countries: a scoping review of 5-year recent literatures // Frontiers in Public Health: електрон. наук. журн. 2022. Т. 10. Art. 918188. DOI: 10.3389/fpubh.2022.918188 (дата звернення: 10.11.2025).

64. Jolin J.R., Barsky B.A., Wade C.G., Rosenthal M.B. Access to care and outcomes with the Affordable Care Act for persons with criminal legal involvement: a scoping review // JAMA Health Forum: електрон. наук. журн. 2024. Т. 5, № 8. e242640. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2024.2640 (дата звернення: 10.11.2025).

65. Joo Y. Comparative efficiency analysis of OECD health systems: FDH vs. machine learning approaches with Efficiency Analysis Trees (EAT and RFEAT) // Cost Effectiveness and Resource Allocation: електрон. версія журн. 2025. 23:4. DOI: 10.1186/s12962-025-00607-x (дата звернення: 10.11.2025).

66. Качан Ю., Красівський Д., Собченко С., Малєц М., Катеринич О. Правові засади та новітні тенденції реформування системи охорони здоров’я України // Social & Legal Studios: електрон. наук. журн. 2025. Т. 8, № 1. С. 323–335. DOI: 10.32518/sals1.2025.323 (дата звернення: 10.11.2025).

67. Кардас П., Могилевкіна І., Аккой Н. та ін. Бар’єри доступу до медичної допомоги та безперервності лікування серед українських біженців війни в Європі: результати дослідження RefuHealthAccess // Frontiers in Public Health: електрон. наук. журн. 2025. Т. 13. Art. 1516161. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1516161 (дата звернення: 10.11.2025).

68. Кароль К., Грищук С., Калань К., Парій В. Важливість належного врядування в реформі оплати лікарень – кейс України // Health Policy OPEN: електрон. наук. журн. 2023. Т. 4. Art. 100089. DOI: 10.1016/j.hpopen.2023.100089 (дата звернення: 10.11.2025).

69. Kasyapa M.S.B., Vanmathi C. Blockchain integration in healthcare: a comprehensive investigation of use cases, performance issues, and mitigation strategies // Frontiers in Digital Health: електрон. наук. журн. 2024. Т. 6. Art. 1359858. DOI: 10.3389/fdgth.2024.1359858 (дата звернення: 10.11.2025

70. KFF (Kaiser Family Foundation). International Comparison of Health Systems. In: Health Policy 101. San Francisco: KFF, October 2025. URL: https://www.kff.org/health-policy-101-international-comparison-of-health-systems/ (дата звернення: 02.11.2025).

71. Kiendrébéogo J.A., De Allegri M., Van Damme W., Meessen B. Using a policy learning lens to understand health financing policy outcomes: the case of translating strategic health purchasing into policy and practice in Burkina Faso // BMJ Global Health: електрон. наук. журн. 2024. Т. 9, № 11. e015488. DOI: 10.1136/bmjgh-2024-015488 (дата звернення: 10.11.2025).

72. Kittipittayakorn C., Nilsson T., Lindmark A. Association between healthcare resources, healthcare systems, and population health in European countries // BMC Health Services Research: електрон. наук. журн. 2025. Т. 25, № 1. Art. 720. DOI: 10.1186/s12913-024-11743-0 (дата звернення: 10.11.2025).

73. Kurt K.K., Timurtaş M., Pınar S., Ozaydin F., Türkeli S. Smart Contracts, Blockchain, and Health Policies: Past, Present, and Future // Information: електрон. наук. журн. 2025. Т. 16, № 10. Art. 853. DOI: 10.3390/info16100853 (дата звернення: 10.11.2025).

74. Laurisz N., Urbaniak A., Gregorczyk S. The stakeholders' involvement in Healthcare 4.0 services provision: the perspective of co-creation // International Journal of Environmental Research and Public Health: електрон. наук. журн. 2023. Т. 20, № 3. Art. 2416. DOI: 10.3390/ijerph20032416 (дата звернення: 10.11.2025).

75. Лаврентій Д. Європейська політика громадського здоров'я: орієнтири для України // Journal of Geography, Politics and Society: електрон.

наук. журн. 2025. Т. 15, № 1. С. 39–49. DOI: 10.26881/jgps.2025.1.05 (дата звернення: 10.11.2025).

76. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12 (дата звернення: 02.11.2025).

77. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення функцій із державного регулювання ринків фінансових послуг» від 12.09.2019 № 79-IX (реформа «спліт») // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/79-20 (дата звернення: 02.11.2025).

78. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96-ВР // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/85/96-%D0%B2%D1%80 (дата звернення: 02.11.2025).

79. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19 (дата звернення: 02.11.2025).

80. Li Q., Cheng F., Zeng H., Xu J. Health insurance payment for telehealth services: a scoping review and narrative synthesis // Journal of Medical Internet Research: електрон. наук. журн. 2024. Т. 26. e56699. DOI: 10.2196/56699 (дата звернення: 10.11.2025).

81. Лозинська Т., Бірченко Н., Піскун А., Денгуб В. Інвестиційні та інфраструктурні проєкти у сфері державно-приватного партнерства в Україні // Economics. Ecology. Socium: електрон. наук. журн. 2024. Т. 8, № 4. С. 53–65. DOI: 10.61954/2616-7107/2024.8.4-5 (дата звернення: 10.11.2025).

82. Литвин Н., Артеменко О., Мельник А. та ін. Стан і перспективи вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні: правові аспекти // Kontakt: електрон. наук. журн. 2024. Т. 26, № 2. С. 160–167. DOI: 10.32725/kont.2024.010 (дата звернення: 10.11.2025).

83. Малахов К.С. Огляд цифрової системи охорони здоров'я України (eHealth): тенденції, визначення, стандарти та законодавчі зміни // International

Journal of Telerehabilitation: електрон. наук. журн. 2023. Т. 15, № 2. e6599. DOI: 10.5195/ijt.2023.6599 (дата звернення: 10.11.2025).

84. Манька-Шулік М., Коломієць С., Кравчик Д., Олійненко К. Фрактальний аналіз ринку медичного страхування: теоретичні та практичні аспекти // Health Economics and Management Review: електрон. наук. журн. 2023. Т. 4, № 4. С. 95–106. DOI: 10.61093/hem.2023.4-08 (дата звернення: 10.11.2025).

85. Mauer N., Hernandez-Quevedo C., Eriksen A., et al. Health care coverage and access for displaced persons from Ukraine: assessing the implementation of the Temporary Protection Directive across EU Member States // Health Policy: електрон. наук. журн. 2025. Т. 161. Art. 105434. DOI: 10.1016/j.healthpol.2025.105434 (дата звернення: 10.11.2025).

86. Mbau R., Musiega A., Kimathi L., et al. Analysing the efficiency of health systems: a systematic review // Applied Health Economics and Health Policy: електрон. наук. журн. 2023. Т. 21, № 2. С. 205–224. DOI: 10.1007/s40258-022-00785-2 (дата звернення: 10.11.2025).

87. Mello M.M., Rose S. Denial—artificial intelligence tools and health insurance coverage decisions // JAMA Health Forum: електрон. наук. журн. 2024. Т. 5, № 3. e240622. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2024.0622 (дата звернення: 10.11.2025).

88. Міністерство охорони здоров’я України. Наказ «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 28 вересня 2012 р. № 751 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги”» від 29.12.2016 № 1422 // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/z0530-17 (дата звернення: 02.11.2025).

89. Міністерство охорони здоров’я України. Плани та звіти щодо реалізації реформи фінансування системи охорони здоров’я, 2024 р. // Міністерство охорони здоров’я України: офіц. веб-сайт. URL: https://moz.gov.ua/reform-health (дата звернення: 02.11.2025).

90. Mohajer-Bastami A., Moin S., Sweetman B., et al. A comparison of the United Kingdom's and Switzerland's healthcare financing systems for achieving equity and efficiency goals // Swiss Medical Weekly: електрон. наук. журн. 2025. Т. 155. Art. 4101. DOI: 10.57187/s.4101 (дата звернення: 10.11.2025).

91. Журавка Ф., Журавка О., Бондаренко Є. Voluntary health insurance as a source of funding for the health care system: the world's experience and Ukraine // Insurance Markets and Companies: електрон. наук. журн. 2020. Vol. 11, No. 1. P. 61–80. DOI: 10.21511/ins.11(1).2020.07 (дата звернення: 10.11.2025).

92. Мадж Дж.Г., Віленський А., Кумар У., Коглі М. Майбутнє системи охорони здоров'я України: цифрові можливості // Journal of Global Health: електрон. наук. журн. 2025. Т. 15. Art. 03039. DOI: 10.7189/jogh.15.03039 (дата звернення: 10.11.2025).

93. Narayan A., та ін. TeleHelp Ukraine: a distributed international telemedicine response to the ongoing war // Journal of Global Health: електрон. наук. журн. 2024. Т. 14. Art. 04158. DOI: 10.7189/jogh.14.04158 (дата звернення: 10.11.2025).

94. Національна асоціація страховиків України (НАСУ). Короткий огляд страхового ринку України: I квартал 2025 року. Київ: НАСУ, 2025. URL: https://nasu.com.ua/en/brief-overview-of-ukranian-insurance-market-1q-2025/(дата звернення: 02.11.2025).

95. Національна асоціація страховиків України (НАСУ). Огляд страхового ринку України за 2024 рік. Київ: НАСУ, 2025. URL: https://nasu.com.ua/oglyad-strahovogo-rynku-ukrayiny-za-2024-rik/ (дата звернення: 02.11.2025).

96. Національна асоціація страховиків України (НАСУ). Огляд страхового ринку України за дев'ять місяців 2024 року. Київ: НАСУ, 2025. URL: https://nasu.com.ua/oglyad-strahovogo-rynku-ukrayiny-za-9-misyacziv-2024/ (дата звернення: 02.11.2025).

97. Національна асоціація страховиків України (НАСУ). Огляд страхового ринку України за перше півріччя 2025 року. Київ: НАСУ, 2025.

URL: https://nasu.com.ua/oglyad-strahovogo-rynku-ukrayiny-za-i-pivrichchya-2025-roku/ (дата звернення: 02.11.2025).

98. Національний банк України. Огляд небанківського фінансового сектору, III квартал 2024 року // Національний банк України. URL: https://bank.gov.ua/statistic/nbfinsector (дата звернення: 02.11.2025).

99. Національний банк України. Огляд небанківського фінансового сектору: серпень 2025 року. Київ: Національний банк України, 2025. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Nonbanking_Sector_Review_2025-08_eng.pdf?v=14 (дата звернення: 02.11.2025).

100. Національний банк України. Огляд небанківського фінансового сектору: березень 2025 року. Київ: Національний банк України, 2025. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Nonbanking_Sector_Review_2025-03_eng.pdf?v=12 (дата звернення: 02.11.2025).

101. Національний банк України. Огляд небанківського фінансового сектору: листопад 2024 року. Київ: Національний банк України, 2024. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Nonbanking_Sector_Review_2024-11_eng.pdf?v=10 (дата звернення: 02.11.2025).

102. Національний банк України. Постанова Правління Національного банку України від 24.12.2021 № 153 «Про затвердження Положення про ліцензування та реєстрацію надавачів фінансових послуг та умови провадження діяльності з надання фінансових послуг» // База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/v0153500-21 (дата звернення: 02.11.2025).

103. Журавка О., Daher K., Bosak I. Development of the voluntary health insurance market in Ukraine // Health Economics and Management Review: електрон. наук. журн. 2021. Т. 2, № 2. С. 83–91. DOI: 10.21272/hem.2021.2-08 (дата звернення: 10.11.2025).

104. Національний банк України. Постанова Правління Національного банку України від 07.07.2022 № 141 «Про діяльність учасників небанківського фінансового ринку в територіальних громадах, розташованих у районах проведення воєнних (бойових) дій або в тимчасовій окупації» // База даних

«Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/v0141500-22 (дата звернення: 02.11.2025).

105. Національна служба здоров'я України. Звіт про виконання Програми медичних гарантій за 2024 рік // Офіційний вебсайт НСЗУ. URL: https://nszu.gov.ua/e-data/reports (дата звернення: 02.11.2025).

106. Національний інститут стратегічних досліджень. Інновації Програми медичних гарантій 2025 року: ризики та можливості: аналітична записка, 02.06.2025. Київ: НІСД, 2025. URL: https://niss.gov.ua/en/doslidzhennya/socialna-politika/innovations-medical-guarantees-program-2025-risks-and-opportunities (дата звернення: 02.11.2025).

107. Nguyen Q.K., Nguyen T.N., Do H.T., та ін. The development of the life insurance market and bank stability in developing countries // Heliyon: електрон. наук. журн. 2024. Т. 10, № 19. Art. e38225. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e38225 (дата звернення: 10.11.2025).

108. NHS England. Major plan to cut waiting lists will see millions receive faster diagnosis and treatment // NHS England: офіц. веб-сайт. 04.01.2025. URL: https://www.england.nhs.uk/2025/01/major-plan-to-cut-waiting-lists-will-see-millions-receive-faster-diagnosis-and-treatment/ (дата звернення: 02.11.2025).

109. NHS England. More than 2.7 million use new NHS App feature for prescriptions in first two months // NHS England: офіц. веб-сайт. London, 29.03.2024. URL: https://www.england.nhs.uk/2024/03/more-than-2-7-million-use-new-nhs-app-feature-for-prescriptions-in-first-two-months/ (дата звернення: 02.11.2025).

110. Ntais C., Vardakas K.Z., Falagas M.E. Gatekeeping or provider choice for sustainable healthcare systems? A review with references to Beveridge/Bismarck settings // Journal of Market Access & Health Policy: електрон. наук. журн. 2024. Т. 12, № 4. DOI: 10.3390/jmahp12040029 (дата звернення: 10.11.2025).

111. Nungo S.E., Filippon J., Russo G. Social health insurance for universal health coverage in low and middle-income countries: a retrospective policy analysis of attainments, setbacks and equity implications of Kenya's social health insurance

model // BMJ Open: електрон. наук. журн. 2024. Т. 14, № 12. e085903. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-085903 (дата звернення: 10.11.2025).

112. Odonkor S.N.N.T., Adams A., Sraha F., та ін. Do national health insurance schemes guarantee financial risk protection? A systematic review from West Africa // PLOS Global Public Health: електрон. наук. журн. 2023. Т. 3, № 10. e0001286. DOI: 10.1371/journal.pgph.0001286 (дата звернення: 10.11.2025).

113. OECD. Avoidable Mortality – Preventable and Treatable (Definitional Chapter). In: Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: 10.1787/7a7afb35-en.

114. OECD. Better Ways to Pay for Health Care. Paris: OECD Publishing, 2016. DOI: 10.1787/9789264258211-en.

115. OECD. Beyond the Pandemic: Leading Practices for the Future of Telemedicine // OECD Health Working Papers No. 173. Paris: OECD Publishing, 2025.
URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/01/beyond-the-pandemic_0b39f409/98863928-en.pdf (дата звернення: 02.11.2025

116. OECD. Health at a Glance 2023: Extent of healthcare coverage. In: Health at a Glance 2023: OECD Indicators.Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en (дата звернення: 02.11.2025).

117. OECD. Health spending – OECD Data. Paris: OECD, 2024. URL: https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html (дата звернення: 02.11.2025).

118. OECD. Impact of the Russian invasion of Ukraine on insurance markets // OECD Business and Finance Policy Papers: електрон. аналіт. доп. 2022. DOI: 10.1787/731d1305-en (дата звернення: 10.11.2025).

119. OECD. Innovative Providers' Payment Models for Promoting Value-Based Health Systems: Start Small, Prove Value, and Scale Up (OECD Health Working Papers No. 154). Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: 10.1787/627fe490-en.

120. OECD. OECD Economic Surveys: Ukraine 2025. Paris: OECD Publishing, 2025. DOI: https://doi.org/10.1787/940cee85-en.

121. OECD. OECD Health Statistics 2025 – Definitions, Sources and Methods. Paris: OECD, 2024. URL: https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4 (дата звернення: 02.11.2025).

122. OECD. Private Health Insurance Spending. Paris: OECD Publishing, 2022. URL: https://www.oecd.org/en/publications/private-health-insurance-spending_4985356e-en.html (дата звернення: 02.11.2025).

123. Okunogbe A., Chaponda A., Nyirenda L., та ін. Short- and longer-term impacts of health insurance on catastrophic health expenditure: quasi-experimental evidence from Malawi // BMC Health Services Research: електрон. наук. журн. 2022. Т. 22. Art. 1578. DOI: 10.1186/s12913-022-08917-z (дата звернення: 10.11.2025).

124. Our World in Data. Share of Out-of-Pocket Expenditure on Healthcare – Indicator Description and Data Series. Oxford: Our World in Data, 2025. URL: https://ourworldindata.org/grapher/share-of-out-of-pocket-expenditure-on-healthcare (дата звернення: 02.11.2025).

125. Овчарова Н., Грабовська М. Реалізація державно-приватного партнерства в системі управління охороною здоров'я // Health Economics and Management Review: електрон. наук. журн. 2022. Т. 3, № 1. С. 86–95. DOI: 10.21272/hem.2022.1-09 (дата звернення: 10.11.2025).

126. P4H Network; World Health Organization; World Bank. Revising SDG Indicator 3.8.2: A New Approach to Measuring Financial Protection in Health. 15.05.2025. URL: https://p4h.world/en/news/revising-sdg-indicator-3-8-2-a-new-approach-to-measuring-financial-protection-in-health/ (дата звернення: 02.11.2025).

127. Papanicolas I., Cylus J., Alderwick H., Lorenzoni L. Policy questions as a guide for health systems' performance comparisons // Bulletin of the World Health Organization: електрон. наук. журн. 2024. Т. 102, № 7. С. 550–552. DOI: 10.2471/BLT.24.291635 (дата звернення: 10.11.2025).

128. Piscopo J., Groot W., Pavlova M. Determinants of public health expenditure in the EU // PLOS ONE: електрон. наук. журн. 2024. Т. 19, № 3. e0299359. DOI: 10.1371/journal.pone.0299359 (дата звернення: 10.11.2025).

129. Півень Н., Олександрова О., Aragón de León E., Jakubowski E. Large-scale system transformation: Ukraine // European Journal of Public Health: електрон. наук. журн. 2024. Т. 34, Suppl. 3. Abstract ckae144.620. DOI: 10.1093/eurpub/ckae144.620 (дата звернення: 10.11.2025).

130. Журавка О., Босак І., Кубах Т., Мордан Ю. ANALYSIS AND FORECASTING OF THE DEVELOPMENT OF THE VOLUNTARY HEALTH INSURANCE MARKET IN UKRAINE // Vìsnik Sums′kogo deržavnogo unìversitetu: електрон. наук. журн. 2022. № 2. DOI: 10.21272/1817-9215.2022.2-5 (дата звернення: 10.11.2025).

131. Ranabhat C.L., Acharya S.P., Adhikari C., Kim C.-B. Universal health coverage evolution, ongoing trend, and future challenge: a conceptual and historical policy review // Frontiers in Public Health: електрон. версія журн. 2023. 11:1041459. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1041459 (дата звернення: 10.11.2025).

132. Ravishankar N., Kutzin J., Mbuthia B., та ін. Reconciling devolution with health financing and public financial management: challenges and policy options for the health sector // BMJ Global Health: електрон. версія журн. 2024. 9(5):e015216. DOI: 10.1136/bmjgh-2024-015216 (дата звернення: 10.11.2025).

133. Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems // EUR-Lex. URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32004R0883 (дата звернення: 02.11.2025).

134. Regulation (EU) 2025/327 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2025 establishing the European Health Data Space // EUR-Lex: офіц. веб-портал ЄС. 11.02.2025. URL: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj/eng (дата звернення: 02.11.2025).

135. Reuters. EBRD launches 110 million euro guarantee for Ukraine war-risk insurance. 12.12.2024. URL: https://www.reuters.com/markets/europe/ebrd-

launches-110-mln-euro-guarantee-ukraine-war-risk-insurance-2024-12-12/ (дата звернення: 02.11.2025).

136. Sagan A., Thomson S. (eds.). Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447695/ (дата звернення: 02.11.2025).

137. Saigí-Rubió F., Torrent-Sellens J., Jiménez-Zarco A.I., та ін. The current status of telemedicine technology use across the WHO European Region: overview of systematic reviews // Journal of Medical Internet Research: електрон. версія журн. 2022. 24(10):e40877. DOI: 10.2196/40877 (дата звернення: 10.11.2025).

138. Shaltynov A., Mukatova S., Jussupov M., та ін. An analysis of financial protection and financing incidence of out-of-pocket health expenditures in Kazakhstan from 2018 to 2021 // Scientific Reports: електрон. версія журн. 2024. 14:59742. DOI: 10.1038/s41598-024-59742-9 (дата звернення: 10.11.2025).

139. Шелєміна Н. Analysis of implementing the Ukrainian healthcare reform in 2023 // Health Economics and Management Review: електрон. версія журн. 2023. 4(4):80–94. DOI: 10.61093/hem.2023.4-07 (дата звернення: 10.11.2025).

140. Шмиголь Н., Глущевський В., Чернявська О., Сембієва Л., Бирський В., Хорошун В., Мержинський Є. Determining the leaders of Ukraine’s insurance market based on the adaptation of the DEA method // Insurance Markets and Companies: електрон. версія журн. 2024. 15(2):14–25. DOI: 10.21511/ins.15(2).2024.02 (дата звернення: 10.11.2025).

141. Sriram V., Sheikh K., Ghaffar A., Akhlaq N., Abimbola S. The role of private healthcare sector actors in health policy processes in low-income and middle-income countries: a scoping review // BMJ Global Health: електрон. версія журн. 2024. 9(Suppl 5):e013408. DOI: 10.1136/bmjgh-2023-013408 (дата звернення: 10.11.2025).

142. Державна служба статистики України. Попередня оцінка ВВП України за 2023 рік. Київ: Державна служба статистики України, 2024. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/Noviny/new2023/zmist/news/vvp_04_2023_u.htm(дата звернення: 02.11.2025).

143. Степанський Д., Castro K.G. From knowledge to action: the role of professional health associations on public health well-being in Ukraine // Globalization and Health: електрон. версія журн. 2025. 21:54. DOI: 10.1186/s12992-025-01146-z (дата звернення: 10.11.2025).

144. Tasdemir A., Alsu E. The Relationship between Activities of the Insurance Industry and Economic Growth: The Case of G-20 Economies // Sustainability: електрон. версія журн. 2024. 16(17):7634. DOI: 10.3390/su16177634 (дата звернення: 10.11.2025).

145. Терентій К. Informal Payments for Health Care Services in Ukraine: The Impact of War: Master's thesis. Київ: Київська школа економіки, 2024. URL: https://kse.ua/wp-content/uploads/2024/08/Terentii_thesis_final_28.05.2024.pdf(дата звернення: 02.11.2025).

146. The Commonwealth Fund. Mirror, Mirror 2024: International Comparison Reflects Strengths and Weaknesses of Health Systems. New York: The Commonwealth Fund, 19.09.2024. URL: https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2024/sep/mirror-mirror-2024 (дата звернення: 02.11.2025).

147. Treiblmaier H., Rejeb A., Gault M., Khurshid A., Poteet J., Sivagnanam S. Harnessing Blockchain to Transform Healthcare Data Management: A Comprehensive Research Agenda // Blockchain in Healthcare Today: електрон. версія журн. 2024. 7(1):1–11. DOI: 10.30953/bhty.v7.301 (дата звернення: 10.11.2025).

148. UK Government. Major NHS App expansion cuts waiting times // GOV.UK: офіц. уряд. веб-сайт. London, 28.04.2025. URL: https://www.gov.uk/government/news/major-nhs-app-expansion-cuts-waiting-times (дата звернення: 02.11.2025).

149. Страхова компанія «UNIQA». UAH 138.97 Million – Total Amount of UNIQA Client Payments in February 2024. News release, 14.03.2024. URL: https://uniqa.ua/blog/13897-mln-grn-zagalna-suma-klientskikh-viplat-uniqa-v-lyutomu-2024-roku/ (дата звернення: 02.11.2025).

150. Страхова компанія «UNIQA». UAH 145.30 Million – Total Amount of UNIQA Client Payments in January 2024. News release, 13.02.2024. URL: https://uniqa.ua/blog/14530-mln-grn-zagalna-suma-klientskikh-viplat-uniqa-v-sichni-2024-roku/ (дата звернення: 02.11.2025).

151. United Nations Statistics Division. SDG 3.8.1 Metadata: Coverage of Essential Health Services (version 2023-12-15). New York: United Nations, 2023. URL: https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-01.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

152. United Nations Statistics Division. SDG 3.8.2 Metadata: Proportion of the Population with Large Household Expenditure on Health (May 2023). New York: United Nations, 2023. URL: https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

153. World Bank. Improving health care delivery through an integrated ID system: Estonia case study // World Bank: офіц. веб-сайт. Washington, DC, 2017. URL: https://documents1.worldbank.org/curated/en/873061495178335850/pdf/115147-WP-EstoniaIDPopregistryIDcasestudyNovweb-PUBLIC.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

154. World Bank. World Development Indicators: Out-of-Pocket Expenditure (% of Current Health Expenditure), Indicator SH.XPD.OOPC.CH.ZS – Metadata. Washington, DC: World Bank, 2025. URL: https://databank.worldbank.org/metadataglossary/world-development-indicators/series/SH.XPD.OOPC.CH.ZS(дата звернення: 02.11.2025).

155. World Health Organization; World Bank. Joint WHO–World Bank report outlines steps for Ukraine to strengthen financing of health system, improving equity and efficiency // World Health Organization: офіц. веб-сайт. 20.11.2024. URL: https://www.who.int/europe/news/item/20-11-2024-joint-who-world-bank-

report-outlines-steps-for-ukraine-to-strengthen-financing-of-health-system--improving-equity-and-efficiency (дата звернення: 02.11.2025).

156. World Health Organization. Coverage of Essential Health Services (SDG 3.8.1). Geneva: WHO, 2023. URL: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage (дата звернення: 02.11.2025).

157. World Health Organization. Financial Protection (SDG 3.8.2): Catastrophic Health Spending. Geneva: WHO, 2023. URL: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection (дата звернення: 02.11.2025). (World Health Organization)

158. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025 // World Health Organization: офіц. веб-сайт. Geneva, 2021. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924 (дата звернення: 02.11.2025).

159. Загорська Д. М., Місяченко О. С. Аналітична оцінка структури та сучасного стану розвитку медичного страхування в Україні // Молодий вчений: наук. журн. 2025. № 6 (137). URL: https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6514