

DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-80-135>

УДК 368.914:614.2:351.84:004](477)

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

WAYS TO IMPROVE HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

Верховод Ірина Сергіївна

кандидат економічних наук, доцент,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9176-2574>

Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана

Лещенко Сабіна Василівна

здобувач вищої освіти освітнього рівня магістр,

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5223-2061>

Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана

Verkhovod Iryna, Leshchenko Sabina

Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman

Стаття присвячена аналізу сучасного стану медичного страхування України в умовах повномасштабної війни та обґрунтуванню шляхів його вдосконалення. Розкрито ключові виклики, зумовлені критичними трансформаціями системи, а саме: різким зростанням потреб у медичній, реабілітаційній та психологічній допомозі, руйнуванням інфраструктури та недостатньою фінансовою стійкістю. Методологічну основу становлять: аналіз і синтез системних проблем; порівняльний аналіз моделей Тайваню, Скандинавських країн, Німеччини, Швейцарії та Канади; системний підхід для оцінки впливу війни; структурно-логічне узагальнення для формування гібридної моделі та експертно-аналітичний метод для оцінки доцільності впровадження воєнно-медичних полісів. Запропоновано змішану систему фінансування, посилення ролі держави у покритті воєнних ризиків та розвиток цифрової стійкості інструментів. Обґрунтовано необхідність створення Державного страхового резерву для воєнних ризиків та впровадження воєнно-медичних полісів для покриття пасивних ризиків.

Ключові слова: медичне страхування; система охорони здоров'я; воєнні ризики; фінансування медицини; Програма медичних гарантій; добровільне медичне страхування; обов'язкове медичне страхування; цифрова стійкість; перестраховування; реабілітаційні послуги; стійкість системи охорони здоров'я; зарубіжні моделі страхування.

This article examines the current state and transformational challenges of Ukraine's health insurance system under the conditions of full-scale war and substantiates strategic directions for its improvement. The analysis highlights the profound impact of wartime factors on the accessibility, quality, and financial stability of healthcare services, emphasizing the sharp increase in demand for medical, rehabilitation, and mental-health care amid significant damage to medical infrastructure. The system suffers from critical transformations due to the absence of a fully functional mandatory health insurance (MHI) system, the over-reliance of the Health Guarantees Program (HGP) on the state budget, and systemic vulnerability of e-health services. Drawing on comparative research of advanced international insurance models, including those implemented in EU countries, Taiwan, Canada, and Switzerland, the study identifies mechanisms that may be effectively adapted to Ukraine's institutional and security environment. Particular attention is given to the need for a hybrid financing model that combines state budget resources (HGP), mandatory insurance components (MHI for higher-income workers, following the German model), and an expanded voluntary health insurance (VHI) sector. Furthermore, a three-year plan (e.g., 2026-2028) is suggested to restructure the HGP, expanding coverage to include critical areas such as psychosocial assistance, paid rehabilitation, and preventative medicine (Scandinavian model). The article also argues for developing state-supported war-risk coverage instruments. A key proposal is the creation of a State Insurance Reserve for War Risks, funded by the state budget (30%), insurers' mandatory contributions (50%), and international aid, which will function as a guarantor for private insurers, absorbing excessive losses. This reserve supports the introduction of War-Medical Policies designed to cover passive war risks (e.g., distant shelling effects). Methodological foundations include comparative, systemic, and analytical approaches, allowing the formulation of evidence-based recommendations to enhance the resilience, equity, and efficiency of Ukraine's health insurance system.

Keywords: health insurance; medical insurance; healthcare system; war-related risks; financing of healthcare; compulsory health insurance; voluntary health insurance; digital resilience; reinsurance; rehabilitation services; healthcare reform; international insurance models.



Постановка проблеми. Система медичного страхування України зазнала критичних трансформацій під впливом повномасштабного російсько-українського вторгнення. Війна спричинила одночасне різке зростання попиту на медичні послуги (військові травми, психологічні розлади) та істотне скорочення можливостей системи охорони здоров'я забезпечити цей попит. Відсутність повноцінно функціонуючого обов'язкового медичного страхування (ОМС) та надмірна залежність Програми медичних гарантій (ПМГ) від державного бюджету створюють фінансову вразливість. Додатковими проблемами є відсутність сталих механізмів управління воєнними та перестраховальними ризиками та системна вразливість електронних сервісів охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO) визначає соціальне медичне страхування як форму фінансування та управління охороною здоров'я, що базується на об'єднанні ризиків, поєднуючи як ризики здоров'я людей, так і внески окремих осіб, домогосподарств, підприємств та уряду [1].

Однак для потреб зазначеного дослідження більш важливим є аналіз думок вітчизняних науковців, оскільки вони досліджують проблематику медичного страхування у контексті сучасного стану української економіки та соціальних процесів.

Зокрема, О. О. Бойко, Є. Г. Хижинська розглядають можливості адаптації зарубіжних моделей медичного страхування для України та обґрунтовують інструменти активізації розвитку ДМС [2]. Праця підкреслює важливість міжнародного досвіду для формування ефективної національної системи.

У дослідженні С. О. Кириченко, М. Ю. Тарічевої проаналізовано перспективи впровадження обов'язкового медичного страхування у сучасних умовах та визначено потенційні бар'єри й переваги для України [3]. Дослідники наголошують на необхідності гармонізації державної політики зі страховими механізмами.

Робота Н. Я. Климук розглядає актуальні проблеми функціонування медичного страхування в Україні, включаючи недостатнє фінансування та низьке охоплення населення [4]. Автор підкреслює важливість реформування системи для забезпечення доступності медичних послуг.

Г. М. Пазєєва аналізує стан розвитку медичного страхування та його роль у системі

соціального захисту населення [5]. Особливу увагу приділено проблемам інтеграції медичного страхування з іншими елементами соціальної політики.

І. М. Федорович порівнює досвід зарубіжних країн у сфері медичного страхування та визначає можливості його застосування в Україні [6]. Стаття акцентує на доцільності використання змішаних моделей фінансування.

У праці А. М. Шандар, В. В. Кирилюка досліджено роль медичного страхування в системі соціального забезпечення України та виділено ключові структурні проблеми його функціонування [7]. Науковці наголошують на потребі комплексного розвитку державних і добровільних форм страхування.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Останні дослідження у сфері медичного страхування України демонструють значний вплив повномасштабної війни на фінансову стійкість та організацію медичної допомоги. Спільний звіт ВООЗ і Світового банку [8] підкреслює, що реформа фінансування системи охорони здоров'я посилила адаптивність системи, проте залишаються значні виклики, зокрема фінансування реабілітаційних та психіатричних послуг. Моніторингові платформи, такі як Attacks on Health Care in Ukraine [9], фіксують руйнування медичної інфраструктури, що підвищує потребу в спеціальних механізмах покриття воєнних ризиків.

Дослідження Physicians for Human Rights вказують на суттєві втрати закладів охорони здоров'я та порушення доступу до медичної допомоги [10]. Зростає інтерес до war-risk страхових продуктів, але їхнє впровадження потребує системних рішень, зокрема державних гарантій. Окрема увага приділяється цифровій стійкості: звіти ВООЗ наголошують, що цифрові інструменти підвищують ефективність, проте вразливі до кібератак та перебоїв енергопостачання [11]. Це формує потребу у впровадженні резервних офлайн-рішень.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Мета статті полягає у визначенні напрямів удосконалення системи медичного страхування України шляхом аналізу ефективних зарубіжних моделей, оцінки можливостей їх адаптації до умов воєнного стану та формування рекомендацій щодо підвищення стійкості й результативності національної моделі страхування. Методологічну основу дослідження становлять: аналіз і синтез – для виявлення системних проблем

вітчизняного медичного страхування; порівняльний аналіз – для зіставлення української моделі з системами Тайваню, Скандинавських країн, Німеччини, Франції, Нідерландів, Швейцарії та Канади; системний підхід – для оцінки впливу війни на структурні елементи медичного страхування; структурно-логічне узагальнення – для формування гібридної моделі; експертно-аналітичний метод – для визначення потенційних ризиків та оцінки доцільності впровадження воєнно-медичних полісів.

Виклад основного матеріалу дослідження. Аналіз нормативно-правової бази регулювання медичного страхування в Україні, поточного стану ринку медичного страхування та розвитку медичного страхування в умовах воєнного стану виявив наступні системні проблеми вітчизняного медичного страхування, які погіршуються воєнним станом внаслідок повномасштабного російського вторгнення:

1. Недостатнє фінансування ПМГ: дефіцит державного фінансування ПМГ, посилений зростанням попиту на послуги (травми, психічні розлади) і скороченням податкової бази через міграцію та бойові дії.

2. Фрагментованість регулювання: відсутність чіткого законодавчого механізму для реалізації повноцінного обов'язкового медичного страхування (ОМС). Удосконалення системи медичного страхування потребує, перш за все, пошуку нових джерел фінансування, які б не залежали виключно від державного бюджету. У цьому контексті важливими є висновки вітчизняних науковців, які досліджують цю проблематику. Так, А. М. Шандар і В. В. Кирилюк підкреслюють, що медичне страхування покликане забезпечувати захист від ризиків здоров'я та життя людини. Його перевагою є запровадження відрахувань цільових внесків, що можуть бути використані суто для оплати медичного обслуговування. Це дозволить залучати додаткові кошти [7]. Це вказує на необхідність запровадження обов'язкових цільових внесків для диверсифікації фінансової бази.

Крім того, адаптація зарубіжного досвіду є критично важливою. У цьому контексті І. М. Федорович, порівнюючи світові практики, акцентує на доцільності використання змішаних моделей фінансування [6].

3. Руйнування інфраструктури: пошкоджено понад 1500 медичних закладів (за даними ВООЗ), що обмежує доступ до послуг [11].

4. Цифрова вразливість: електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) страждає від ворожих атак на комунікаційні мережі та перебоїв енергопостачання.

5. Низьке проникнення ДМС: демографічні зрушення (мобілізація, міграція) зменшують попит на корпоративні програми ДМС.

6. Воєнні ризики та перестраховування: стандартні договори ДМС не покривають активні воєнні ризики. Міжнародне перестраховування у «червоній зоні» є надто дорогим або недоступним.

Для вдосконалення системи медичного страхування в Україні доцільно адаптувати ключові елементи провідних міжнародних моделей.

Тайванська модель (цифрова стійкість) – впровадження смарт-карт здоров'я з мікročипами для локального зберігання медичної історії пацієнтів. Це зменшить залежність ЕСОЗ від централізованих серверів та інтернету у прифронтових зонах. Також варто запозичити централізовану цінову політику для підвищення прозорості тарифів НСЗУ.

Скандинавська модель (профілактика) – посилення профілактичної компоненти. Український уряд вже розпочав впровадження Програми «Національний чекап» для громадян 40+ з 2026 року (10 млрд грн). НСЗУ повинна збільшити питому частку фінансування первинної допомоги до 30-35% загального бюджету.

Німецька/Французька моделі (диверсифікація) – ведення елементів обов'язкового соціального медичного страхування (ОМС) для диверсифікації фінансування. Механізм передбачає внески працівників і роботодавців (по 2-3% від зарплати). ДМС має розвиватися як доповнення до базового покриття (ПМГ), охоплюючи амбулаторні ліки та реабілітацію, що не включені до ПМГ.

Нідерландська/Швейцарська моделі (регуляція) – у короткому періоді – адаптація елементів вирівнювання ризиків на ринок ДМС та впровадження системи бонус-малус для стимулювання здорового способу життя та превентивної медицини. У довгостроковій перспективі НСЗУ може трансформуватися з державного страховика на регулятора ринку.

Канадська модель (децентралізація) – запровадження принципу «децентралізованої централізації», де НСЗУ встановлює загальний стандарт, але територіальні філіали можуть коригувати контракти із закладами охорони здоров'я, враховуючи локальні потреби.

Отже, обираючи, які елементи зарубіжних моделей медичного страхування можна використати в українському контексті, необхідно враховувати поточний стан та наявні проблеми.

Розглянувши основні доцільні елементи зазначених зарубіжних систем, які можуть стати у пригоді для системи медичного страхування України, наведемо узагальнюючу таблицю 1.

На підставі наведеного вище та даних таблиці 1, наведемо рекомендації для вдосконалення вітчизняної системи медичного страхування.

Перша рекомендація полягає у розробці інтегрованої моделі фінансування медичного страхування для України, що базується на основі зарубіжного досвіду. Це має бути змішана модель фінансування медичного страхування з елементами управління ризиками. Ця модель поєднуватиме елементи державної підтримки, обов'язкових внесків та приватного сектора, забезпечуючи баланс між універсальністю доступу, фінансовою стійкістю та ефективністю системи медичного страхування.

Вона міститиме три основні складові:

1) збереження Програми медичних гарантій (ПМГ) через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) як базового механізму для переважної більшості населення;

2) впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) для працівників молодого віку та фахівців з вищими доходами, які вже зможуть формувати певний фонд з власних внесків;

3) розвиток добровільного медичного страхування (ДМС), як додаткового, для покриття спеціалізованих послуг.

Такий підхід не лише дозволить диверсифікувати джерела фінансування, зменшуючи залежність системи медичного страхування від державного бюджету, але й адаптує її до демографічних викликів України, таких як відтік населення через вимушену міграцію, старіння населення та зростання хронічних захворювань внаслідок бойових дій, роблячи її більш гнучкою.

Фінансування змішаної системи вітчизняного медичного страхування з елементами управління ризиками передбачає комбінований механізм, де базова Програма медичних

Таблиця 1

Елементи організації зарубіжних систем медичного страхування, доцільні для використання в Україні

Модель	Елементи	Переваги	Адаптація для України
Тайванська	Смарт-карти здоров'я; централізована цінова політика; керована медична допомога	Висока ефективність, низькі витрати, зменшення дублювання обстежень	Заміна паперових записів у ЕОЗ на смарт-карти; алгоритм DRG для тарифів; гейткіпер на первинній ланці
Скандинавська	Фокус на профілактиці та первинній допомозі; мінімальні прямі платежі	Соціальна справедливість, висока тривалість життя, економія на лікуванні	Обов'язкові щорічні медогляди з 40 років; посилення первинної допомоги з профілактикою
Німецька та французька	обов'язкове медичне страхування + добровільне	Диверсифікація фінансування, доповнення базового покриття	Внески 2-3% від зарплати (працівники + роботодавці) + субсидії; розвиток ДМС як додаток до ПМГ
Нідерландська та швейцарська	Вирівнювання ризиків; регулювання без дискримінації	Справедлива конкуренція, універсальне покриття	Перетворення НСЗУ на регулятора; бонус-малус система в ДМС; врахування демографічних ризиків у розподілі
Канадська	децентралізація з централізованим стандартом	100% охоплення, гнучкість для регіонів	регіональні корективи тарифів НСЗУ з урахуванням локальних потреб

Джерело: сформовано авторами на основі [12]

гарантій отримуватиме ресурси з державного бюджету на рівні 4-4,5% ВВП, доповнені внесками ОМС від працівників і роботодавців, що загалом підвищить обсяг залучених ресурсів. Такий підхід дозволить розширити базовий пакет послуг, включивши недофінансовані напрямки, як-от психологічну допомогу, реабілітацію та амбулаторні процедури, тим самим зменшуючи навантаження на пацієнтів.

ОМС, запроваджуване поступово для осіб з доходом понад 30-40 тис. грн. на місяць за німецькою моделлю, передбачатиме внески по 2-3% від заробітної плати з кожного боку (працівника та роботодавця).

Приватне ДМС, регульоване НСЗУ з елементами ризикового вирівнювання за зразком Нідерландів і Швейцарії, залишатиметься добровільним, але стимулюватиметься податковими пільгами за умови мінімального покриття ризиків. Перевагою цієї структури буде не лише фінансова стабільність, але й стимулювання конкуренції між закладами охорони здоров'я, що допоможе знизити витрати на оплату страхування та покращити якість медичних послуг.

Впровадження змішаної системи вітчизняного медичного страхування з елементами управління ризиками вимагатиме системних змін, починаючи з законодавчих нововведень, інтеграції електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) з Державною податковою службою України та Пенсійним фондом України для автоматизованих розрахунків.

Спочатку така система має бути запущена у вигляді пілотних проєктів в окремих регіонах, які дозволять протестувати пропонувані механізми. Враховуючи тривалість та складність пропонуваних змін, цей захід має найкращі перспективи впровадження вже у повоєнний період.

Іншою рекомендацією є розширення та реструктуризація Програми медичних гарантій для забезпечення справедливості доступу, оскільки нинішня система з наявними пакетами послуг все ще потребує від населення значних прямих платежів на необхідні послуги. В умовах повномасштабного вторгнення значна частина домогосподарств не можуть собі дозволити подібні витрати.

Це створює бар'єри для доступу до медичних послуг, особливо для вразливих груп, зокрема, ВПО. За принципами французької моделі, пропонується трирічний план, приміром, на 2026-2028 роки.

На першому етапі пропонується інтегрувати амбулаторні послуги та розширити перелік ліків з програми «Доступні ліки»;

- на другому – розширити ПМГ, включити до неї психіатричну та психосоціальну допомогу, попит на яку зріс через війну;

- на третьому – включити оплачену реабілітацію та фізіотерапію для цивільних поранених і літніх людей.

Реструктуризація ПМГ також передбачає впровадження Health Technology Assessment (HTA) як обов'язкової процедури для включення послуг у оплачувані пакети. HTA – це систематичний, багатодисциплінарний процес оцінки медичних технологій (ліків, пристроїв, процедур), що аналізує їх клінічну ефективність, безпеку, економічні, соціальні та етичні наслідки. Міністерство охорони здоров'я України запровадило HTA у 2020 році, але його застосування непослідовне, особливо це стосується НСЗУ. Посилення цієї практики, як у Франції та Швейцарії, допоможе підвищити прозорість та забезпечити спрямування ресурсів спрямовуються на найбільш ефективні втручання. Це не лише оптимізує видатки, але й сприятиме доказовій медицині.

Наступна рекомендація полягає у трансформації ДМС від переважно корпоративного сегменту до змішаного додаткового сегменту медичних послуг, що зробить його менш вразливим до змін на ринку праці та демографічних зрушень. Стимулювання індивідуального ДМС для вразливих груп (ВПО, пенсіонери, особи з інвалідністю, малозабезпечені) через державні субсидії за швейцарською моделлю розширить охоплення цим видом медичного страхування і скоротить прямі платежі для цих груп, посилюючи соціальну справедливість. Інтеграція добровільного медичного страхування з Програмою медичних гарантій через «Матрицю розділення послуг» – щорічний документ, що чітко окреслює межі покриття видами медичного страхування, як це реалізовано у Франції, – усуне дублювання послуг, оптимізуючи ресурси.

Крім того, регуляторні спрощення для страховиків (уніфіковані ліцензії, онлайн-процедури для отримання дозволів у НБУ та НСЗУ) сприятимуть конкуренції та зроблять ДМС більш доступним і ефективним доповненням до державної системи.

Нарешті, заходи, спрямовані на подальший розвиток цифровізації, мають стати стратегічним пріоритетом, оскільки саме їх слід

реалізувати у короткому часовому відтинку під час повномасштабного вторгнення.

Завершення ЕСОЗ з модулем «Платежі і відшкодування» автоматизує розрахунки, але, як зазначалося, використання електронної системи значно ускладнено через ворожі атаки на інфраструктуру. Тому тут доцільно реалізувати досвід Тайваню щодо впровадження децентралізованих смарт-карт здоров'я з мікрочіпами, які дублюватимуть дані користувачів локально, зменшуючи дублювання обстежень і вразливість до кібератак. Такий підхід скоротить вразливість системи в умовах воєнного часу.

Загальні інвестиції на впровадження смарт-карт можуть бути профінансовані союзникам-донорами, зокрема, через Світовий банк чи EBRD.

Таким чином, зазначені рекомендації утворюють гібридний підхід до вдосконалення системи медичного страхування в Україні, що поєднує державну стабільність з приватною ефективністю, потенційно підвищуючи рівень та ефективність фінансування охорони здоров'я і зменшуючи прямі платежі для користувачів.

Особливість впливу російсько-української війни на систему медичного страхування полягає в одночасному зростанні попиту на медичні послуги та критичному скороченні ресурсів на його задоволення.

Перш за все слід виходити з радикальної трансформації попиту на медичні послуги. Російсько-українська війна кардинально змінила профіль захворюваності та потреб населення в порівнянні з мирним часом. Якщо до повномасштабного вторгнення основні видатки припадали на хронічні неінфекційні захворювання, то з 2022 року система має одночасно управляти трьома потоками гострих потреб: травматичні ураження від військових дій, постраждали від психічних розладів та необхідність опікуватися хронічними пацієнтами.

Масштаб військових травм є безпрецедентним. Міністерство охорони здоров'я України оцінює, що до середини 2024 року проведено понад 100 тисяч ампутацій унаслідок воєнних поранень. Кожна ампутація генерує мультидисциплінарну потребу в лікуванні: первинна рана, хірургічне лікування, реабілітація, протезування, психосоціальна підтримка та довгострокове спостереження. Вартість довгострокової реабілітації однієї особи з ампутацією в розвинених системах сягає 50-100 тисяч євро протягом життя. Це означає, що розширення

обов'язків системи медичного страхування на покриття реабілітаційних послуг є не лише гуманітарним завданням, а й потребує значного фінансування.

Найефективнішим рішенням для України буде запровадження моделі «Державного страхового резерву для воєнних ризиків», яка функціонуватиме за наступною логікою: НСЗУ сформує спеціальний резервний фонд, де накопичуватимуться кошти під покриття ненормальних збитків від воєнних дій (понад певний поріг, наприклад, 10 млн. грн. на місяць).

Цей фонд буде фінансуватися з трьох джерел: з державного бюджету (30%), страховими компаніями через збір обов'язкових внесків (50%) та за рахунок міжнародної допомоги. США, Британія та країни ЄС вже мають схожі механізми гарантій для страховиків, які були створені під час пандемії COVID-19.

Допоміжним заходом до створення «Державного страхового резерву для воєнних ризиків» має стати запровадження воєнно-медичних полісів, як окремого продукту ДМС, що виключає активні воєнні ризики (які фінансуватиме НСЗУ), але покриває пасивні ризики (уламки, вибухи від далеких атак, інші неспрямовані ураження) та наслідки для здоров'я від довготривалої шумо- та вібраційної шкоди.

Подібні поліси уже пропонуються деякими українськими страховиками. Зокрема, Our Cats – спеціальна програма воєнного страхування ризиків від української страхової компанії «Місто». Вона передбачає фінансову підтримку (до 100 000 грн.) для медиків, волонтерів, журналістів, водіїв та членів добровільних територіальних формувань (віком 18–70 років) у разі нещасних випадків під час війни в Україні. Зазначена програма покриває смерть, травми, опіки, отруєння тощо; вартість полісу – від 4000 грн. на 6 місяців; виплати протягом 20 днів. Проте, порівняно з Європейськими стандартами, покриття є мінімальним.

Особливості таких полісів полягають у тому, що вони не покривають усі можливі збитки від військових дій – навпаки, страхові компанії вибірково визначають, які саме ризики входять в обсяг покриття, враховуючи технічні можливості та власну економічну життєздатність в умовах війни.

Розглянемо детальніше механізм функціонування воєнно-медичних полісів. Такий поліс радикально відрізняється від стандартного медичного страхування за своєю структурою та логікою функціонування.

На відміну від цивільних полісів, де ризики чітко перелічені та виключення ризиків, пов'язаних із війною є стандартною практикою, воєнно-медичні поліси запроваджують диференційований підхід до ризиків, розділяючи їх на три категорії: активні воєнні ризики (безпосередні бойові дії, позиційні бої), пасивні воєнні ризики (обстріли, вибухи від неспрямованих ударів, впливи вторинних уламків), та непрямі медичні наслідки (ПТСР, психічні розлади, стресові реакції).

Найбільше значення для розуміння механізму полягає в розділенні активних та пасивних ризиків.

Активні ризики – це безпосередні воєнні дії, при яких застрахована особа намагається завдати збитку супротивнику. Покривати такі ризики шляхом звичайного страхування адміністративно неможливо, оскільки вони передбачають намір та координовану агресію.

Пасивні ризики, навпаки, – це медичні наслідки без прямого воєнного умислу застрахованої особи, наприклад поранення від шрапнелі під час артилерійського обстрілу цивільного кварталу. Саме на покриття пасивних ризиків орієнтовані воєнно-медичні поліси.

Механізм формування премій ускладнюється через необхідність отримання перестрахування. Українські страховики, які пропонують воєнно-медичні поліси, не можуть самостійно нести всі ризики, а вартість перестрахування значно зросла, оскільки сьогодні Україна класифікується як країна у «червоній зоні» максимального ризику.

Тому для воєнно-медичних полісів також актуально створення Державного страхового резерву для воєнних ризиків – або Державної агенції страхування воєнних ризиків, що функціонуватиме як гарант для приватних страховиків, поглинаючи надмірні збитки.

Безпосереднє фінансування воєнно-медичних полісів через державний бюджет є обмеженим, але в межах Програми медичних гарантів від НСЗУ доцільно передбачити поступовий перехід до субсидування премій для вразливих категорій населення. Для цього слід запланувати щорічне виділення 1-2% від поточного бюджету ПМГ на субсидування воєнно-медичних полісів, особливо для мешканців прифронтових регіонів, які постраждали від наслідків бойових дій.

Практичне розроблення обсягу покриття для воєнно-медичних полісів вимагає деталізованого розуміння того, які саме медичні послуги включаються до покриття, а які

виключаються. На основі дослідження полісів, що вже пропонуються на ринку України, та міжнародного досвіду щодо страхування в зонах воєнних конфліктів, можна виділити наступні їх особливості (таблиця 2).

Попри суттєві затрати, воєнно-медичні поліси є вигідними як для держави, так і страховиків та застрахованих. Вигода для держави полягає у розширенні універсального страхування без відповідного збільшення видатків державного бюджету. Замість того, щоб держава через НСЗУ фінансувала всі видатки на лікування ран від бойових дій, вона може запровадити механізм, де приватні страховики візьмуть на себе частину тягаря через премії та прибутки від полісів. На практиці це означає, що держава витрачатиме менше готівки, оскільки застрахована особа вже частково сплатила за своє покриття через премію.

По-друге, воєнно-медичні поліси мають масштабний ефект на рішення населення щодо вибору місця проживання та роботи. Доступність полісу для комбатантів та медичних працівників у прифронтових регіонах може утримати їх від еміграції. Наприклад, за даними анкетування українських медичних працівників, однією з головних причин еміграції лікарів та медичних сестер є відсутність соціального захисту та невпевненість у майбутньому та особистій безпеці. Запровадження воєнно-медичних полісів із державними субсидіями покаже мешканцям прифронтових регіонів, що держава розуміє ризики та готова фінансувати їх покриття, що психологічно може утримати частину мешканців від вимушеної міграції.

По-третє, для самих страховиків воєнно-медичні поліси є непрямим прибутковим сегментом за умов наявності державних гарантій та міжнародного перестрахування. Хоча коефіцієнт може бути низьким (як у Our Cats, 4%), страхова компанія отримуватиме прибутки завдяки масштабам страхування та ефекту синергії з іншими сегментами портфелю страховика. Крім того, поліси з обмеженими лімітами та вибіркоким переліком ризиків, як воєнно-медичні, характеризуються нижчим рівнем претензій, оскільки вказані умови є більш чіткими та фактично не передбачають суб'єктивних інтерпретацій щодо переліку послуг, що входять до покриття.

Запровадження програми воєнно-медичних полісів в національних масштабах потребуватиме структурованого підходу, розбитого на чотири послідовні етапи протягом

Таблиця 2

Особливості воєнно-медичних полісів

Аспект	Поліси для іноземців/журналістів	Вітчизняні воєнно-медичні поліси	Загальні пакети покриття (Базовий / Розширений / Максимальний)
Цільова група	Іноземці, журналісти, волонтери в зоні конфлікту	Мешканці України: медики, волонтери, комбатанти, ВПО, сім'ї поранених	Універсальні для цивільних і комбатантів у зоні ризику; адаптовано до воєнних травм
Покриття послуг	Екстрена допомога, амбулаторне лікування, госпіталізація, евакуація; психіатрія (ПТСР) з лімітом	Екстрена допомога, госпіталізація; фокус на реабілітацію; мінімальне психіатричне покриття; часткова евакуація	Базовий: екстрене + амбулаторне лікування; Розширений: + евакуація, ліки, 5 сеансів психіатра; Максимальний: + повна психіатрія, реабілітація, поховання
Ліміти покриття	30-100 тис. євро; психіатрія до 30 тис. євро	100 тис. грн.; розширене на реабілітацію	Базовий: 30 тис. євро; Розширений: 60-100 тис. євро; Максимальний: 100+ тис. євро
Премія/Вартість	2,64-3,18 євро/день (3-180 днів); онлайн-покупка	5 тис. грн/рік (близько 100 євро); субсидована для вразливих верств	Варіюється за пакетом; державна субсидія 50-70% для місцевих мешканців
Особливості/Переваги	Швидка евакуація; дуальна категоризація ризиків (пасивні/активні)	Масштабний ефект на утримання кадрів від міграції; синергія з ПМГ; прибуток для страховиків з гарантіями	Адаптивність до травм (15-30 тис. євро/особу); доповнення ПМГ; державні субсидії для розширення універсальності
Регуляторні аспекти	Інтеграція з міжнародним перестрахуванням (EBRD, DFC)	Звіти НБУ (щоквартально); реімбурсація <30 днів; заборона дискримінації	Поступове впровадження (2026-2028): пілоти в регіонах, субсидії 2-7 млрд грн/рік; перехід до ДМС

Джерело: сформовано авторами на основі [12]

2026-2028 років. Кожен етап передбачатиме свої цілі, фінансові видатки та очікувані результати – таблиця 3.

Наведений план впровадження воєнно-медичних полісів є поступовим, з акцентом на підготовку, тестування та масштабування, що дозволить уникнути різких витрат і ризику. Головна користь від такого впровадження – це розподіл відповідальності між державою та приватним сектором, посилення соціального захисту в регіонах із найбільшим ризиком та інтеграція з існуючою Програмою медичних гарантій від НСЗУ.

Своєю чергою, запровадження масової програми воєнно-медичних полісів вимагатиме посилення регуляторної дисципліни та чітких вимог до страховиків щодо виконання зобов'язань. Для цього НБУ повинен розробити каталог мінімальних вимог, що включа-

ють: обов'язкове дотримання часових обмежень на реімбурсацію лікарської допомоги (максимум 30 днів), видання чеків для застрахованих, де простою зрозумілою мовою описуються умови покриття та виключення, проведення щоквартального звітування до НБУ. Крім того, страховики повинні брати на себе зобов'язання щодо прозорості у встановленні премій та недопущення дискримінації під час відбору застрахованих на основі віку, статі чи стану здоров'я на момент укладення договору.

Критично важливим залишається питання про перестрахування – Міністерство фінансів України разом із НБУ повинні домовитися з EBRD та DFC про збереження механізмів гарантування, навіть якщо обсяг державного замовлення на воєнно-медичні поліси зростатиме. Це вимагає укладення довгостроко-

Таблиця 3

**Етапи впровадження воєнно-медичних полісів
у систему медичного страхування України**

Етап	Період	Заходи	Фінансування та охоплення
1. Розроблення нормативної бази та прототипу	Перша–друга чверті 2026 року	Спільна робота МОЗ і НБУ над методологією оцінки воєнних ризиків; поправки до Закону про страхування; переговори з EBRD та DFC щодо гарантування для страховиків.	Витрати на розробку та консалтинг; підготовка без прямого охоплення населення.
2. Пілотне впровадження	Третя чверть 2026 – перша чверть 2027 року	Запуск субсидованої програми в регіонах з високим рівнем травм від бойових дій; субсидія полісів на 50-75 % премії.	2 мільярди гривень з державного бюджету; охоплення кількох сотень тисяч полісів для комбатантів та сімей.
3. Розширення на всю країну	Друга–четверта чверті 2027 року	Масштабування на всі області; розширення на медиків, волонтерів та ВПО; інтеграція з ПМГ та інформаційна кампанія.	5-7 мільярдів гривень з держбюджету; охоплення у півмільйона–півтора мільйона полісів.
4. Стабілізація та повний перехід	2028 рік і далі	Зменшення субсидій; стабілізація програми; запуск ДМС.	3-4 мільярди гривень на рік; охоплення сотень тисяч осіб на рівні насичення.

Джерело: сформовано автором на основі [12]

вих договорів про гарантії, які виходитимуть за межі 3-5 років. Капіталізація державного резерву для воєнних ризиків, яку було запропоновано раніше, має бути зафіксована на рівні щонайменше 5-10 млрд. гривень з урахуванням того, що внаслідок масових подій (ракетний терор, масова евакуація, наближення лінії фронту), обсяги претензій можуть вийти за межі очікуваного рівня на 50-100%.

Висновки. Пропозиції щодо вдосконалення системи медичного страхування представляють гібридний підхід, що поєднує державну стабільність з приватною ефективністю. Для України пропонується гібридна модель фінансування, яка поєднує державне фінансування ПМГ, елементи ОМС для високодохідних груп (за німецькою моделлю) та розвиток добровільного медичного страхування (ДМС) як доповнення до базового покриття. Виділимо ключові стратегічні кроки:

1. Запровадження моделі «Державного страхового резерву для воєнних ризиків».

2. Введення воєнно-медичних полісів для покриття пасивних ризиків.

3. Вигода для держави полягає у розподілі тягаря покриття між державою, приватними страховиками та застрахованими особами. За умов субсидування (50-70% від премії), держава може розширити покриття удвічі без пропорційного збільшення видатків.

4. Критично важливим є забезпечення міжнародного перестраховування та гарантування від партнерів (EBRD, DFC), а також капіталізація державного резерву на рівні 5–10 млрд грн.

5. Розвиток цифрових технологій, зокрема впровадження смарт-карт здоров'я, є важливим для підвищення стійкості системи в умовах воєнного стану

Реалізація більшої частини цих рекомендацій потребує часу, але матиме довгострокові позитивні наслідки, наближаючи систему медичного страхування України до стандартів розвинених країн.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/> (дата звернення: 15.11.2025).
2. Бойко О. О., Хижинська Г. Є. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2018. № 27 (2). С. 93–97.
3. Кириченко С. О., Тарічева М. Ю. Медичне страхування: перспективи та можливості для України. *Агросвіт*. 2024. № 10. С. 116–121.
4. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. С. 55–60.
5. Пазєєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2021. № 4. С. 36–42.
6. Федорович І. М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 72–76.
7. Шандар А.М. Кирилюк В.В. Медичне страхування в системі соціального забезпечення України. *Галицький економічний вісник*. 2023. № 6. С. 148–154.
8. World Health Organization, World Bank. 2024. Health financing in Ukraine: Reform, resilience and recovery / WHO; World Bank. URL: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf](https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf) (дата звернення: 15.11.2025).
9. Attacks on Health Care in Ukraine. Attacks on Health Care in Ukraine. Інформаційна платформа. URL: <https://www.attacksonhealthukraine.org/> (дата звернення: 15.11.2025).
10. Physicians for Human Rights. 2023. Destruction and Devastation: One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System. PHR. URL: <https://phr.org/our-work/resources/russias-assault-on-ukraines-health-care-system/> (дата звернення: 15.11.2025).
11. World Health Organization. 2025. 2024 emergency annual report: WHO's health response in Ukraine. WHO, 5 серпня 2025 р. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/05-08-2025-2024-emergency-annual-report-who-s-health-response-in-ukraine> (дата звернення: 15.11.2025).
12. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/> (дата звернення: 15.11.2025).

REFERENCES:

1. Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorov'ia. (n.d.). Ofitsiyni sait [Official website]. Available at: <https://www.who.int/> (in Ukrainian)
2. Boyko, O. O., & Khyzhynska, H. Ye. (2018). Aprobatsiia zarubizhnoho dosvidu aktyvizatsii medychnoho strakhuvannia v Ukraini [Approval of foreign experience in activating health insurance in Ukraine]. *Prychornomorski ekonomichni studii*, no. 27(2), pp. 93–97. (in Ukrainian)
3. Kyrychenko, S. O., & Taricheva, M. Yu. (2024). Medychne strakhuvannia: perspektyvy ta mozhlyvosti dlia Ukrainy [Health insurance: Prospects and opportunities for Ukraine]. *Ahrosvit*, no. 10, pp. 116–121. (in Ukrainian)
4. Klymyk, N. Ya. (2021). Osoblyvosti medychnoho strakhuvannia v Ukraini u suchasnykh umovakh [Features of medical insurance in Ukraine in modern conditions]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorov'ia Ukrainy*, pp. 55–60. (in Ukrainian)
5. Paziieieva, H. M. (2021). Suchasnyi stan rozvytku medychnoho strakhuvannia v Ukraini ta yoho mistse v systemi sotsialnoho zakhystu [Current state of development of medical insurance in Ukraine and its place in the system of social protection]. *Vcheni zapysky Universytetu «KROK»*, no. 4, pp. 36–42. (in Ukrainian)
6. Fedorovych, I. M. (2023). Medychne strakhuvannia: dosvid zarubizhnykh krain ta mozhlyvosti dlia Ukrainy [Health insurance: experience of foreign countries and opportunities for Ukraine]. *Investytsii: praktyka ta dosvid*, no. 6, pp. 72–76. (in Ukrainian)
7. Shandar, A. M., & Kyryliuk, V. V. (2023). Medychne strakhuvannia v systemi sotsialnoho zabezpechennia Ukrainy [Health insurance in the social security system of Ukraine]. *Halytskyi ekonomichnyi visnyk*, no. 6, pp. 148–154. (in Ukrainian)
8. World Health Organization, & World Bank. (2024). Health financing in Ukraine: Reform, resilience and recovery / WHO; World Bank. WHO / World Bank. Available at: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf> (accessed November 14, 2025).
9. Attacks on Health Care in Ukraine. (n.d.). Attacks on Health Care in Ukraine [Інформаційна платформа]. Available at: <https://www.attacksonhealthukraine.org/attacksonhealthukraine.org> (accessed November 14, 2025).

10. Physicians for Human Rights. (2023). Destruction and Devastation: One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System. PHR. Available at: <https://phr.org/our-work/resources/russias-assault-on-ukraines-health-care-system/> (accessed November 14, 2025).
11. World Health Organization. (2025). 2024 emergency annual report: WHO's health response in Ukraine (5 August 2025). WHO. Available at: <https://www.who.int/europe/news/item/05-08-2025-2024-emergency-annual-report--who-s-health-response-in-ukraine> (accessed November 14, 2025).
12. Natsionalna sluzhba zdorov'ia Ukrainy. (n.d.). Ofitsiinyi sait [Official website]. Available at: <https://nszu.gov.ua/> (in Ukrainian) (accessed November 14, 2025).