

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет управління персоналом, соціології та психології

Кафедра соціоекономіки та управління персоналом

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА

Менеджмент персоналу

ПРОГРАМА

ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ

07 – Управління та адміністрування

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ

073 - Менеджмент

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**на тему «Запровадження програм добровільного медичного страхування та їх
ефективність»**

здобувача: Мартиненко Марта Миколаївна

Науковий керівник: професор, доктор економічних наук, Бондаренко Світлана
Анатоліївна

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією з атестації
здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувач кафедри: д.е.н. Лопушняк Г.С.

(підпис)

Київ 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА

Факультет управління персоналом, соціології та психології

Кафедра Кафедра соціоекономіки та управління персоналом

(назва кафедри)

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА

Менеджмент персоналу

ПРОГРАМА

07 – Управління та адміністрування

ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ

073 - Менеджмент

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ

ПОГОДЖЕНО

ЗАТВЕРДЖУЮ

Керівник проєктної групи (гарант)

Завідувач кафедри

освітньо-професійної

програми

_____ Г.С. Лопушняк

_____ Г.С. Лопушняк

(підпис) (ініціали, прізвище)

(підпис) (ініціали, прізвище)

_____ 20__ р.

_____ 20__ р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувачу вищої освіти Мартиненко Марті Миколаївні

заочної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

на тему «Запровадження програм добровільного медичного страхування та їх ефективність»

Тему затверджено наказом ректора Університету від «_____» _____ 20__ р. № _____

Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах АТ КБ

“ПриватБанк”.

План кваліфікаційної магістерської роботи

Розділ 1	ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
	<i>(назва розділу)</i>
Розділ 2	АНАЛІЗ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ
	<i>(назва розділу)</i>
Розділ 3	НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
	<i>(назва розділу)</i>

Об'єкт дослідження:	процес функціонування та розвитку добровільного медичного страхування як складової системи фінансування охорони здоров'я.
Предмет дослідження:	теоретико-методичні та прикладні аспекти запровадження програм добровільного медичного страхування та інструментарій оцінювання їх ефективності.
Мета кваліфікаційної магістерської роботи:	обґрунтування теоретичних засад та розробка практичних рекомендацій щодо запровадження програм добровільного медичного страхування (ДМС) й оцінювання їх ефективності в системі охорони здоров'я України.

**Завдання підготував
науковий керівник**

(підпис) (ініціали, прізвище)
« ____ » _____ 202__ р.

**Завдання одержав
здобувач**

(підпис) (ініціали, прізвище)
« ____ » _____ 202__ р.

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1	- Розкрити сутність, види та особливості добровільного медичного страхування в системі соціального захисту населення. - Узагальнити міжнародний досвід організації та функціонування програм добровільного медичного страхування. - Систематизувати методичні підходи до оцінювання ефективності програм добровільного медичного страхування.
У розділі 2	- Проаналізувати нормативно-правове забезпечення та інституційні умови розвитку добровільного медичного страхування в Україні. - Дослідити сучасний стан ринку добровільного медичного страхування та оцінити фінансово-економічні показники діяльності страховиків.
У розділі 3	- Оцінити ефективність діючих програм добровільного медичного страхування в Україні. - Розробити рекомендації щодо вдосконалення програм добровільного медичного страхування та обґрунтувати їх соціально-економічну ефективність.

Реферат

Запровадження програм добровільного медичного страхування та їх ефективність

Робота складається з 3 розділів, кожний з яких містить по 3 підпункти. Перший розділ висвітлює теоретичні аспекти медичного страхування, другий розділ є аналітичним, третій – рекомендаційним. Обсяг дипломної роботи – 85 аркушів, включаючи список використаних джерел та додатки. У роботі містяться 15 таблиць і 2 ілюстрації. Під час написання використано 65 джерел. Робота містить 2 додатки.

Також робота містить результати практичної наукової діяльності:

1. Аналітичні матеріали щодо оцінки ефективності програм добровільного медичного страхування в Україні;
2. Порівняльний аналіз міжнародного досвіду добровільного медичного страхування та його адаптація для України;
3. Розробка програми удосконалення системи добровільного медичного страхування з урахуванням міжнародного досвіду.
4. Результати опитування працівників АТ КБ «ПриватБанк» щодо рівня задоволеності програмою добровільного медичного страхування.

Об'єкт дослідження – процес функціонування та розвитку добровільного медичного страхування як складової системи фінансування охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти запровадження програм добровільного медичного страхування та інструментарій оцінювання їх ефективності.

Мета магістерської роботи – обґрунтування теоретичних засад та розробка практичних рекомендацій щодо запровадження програм добровільного медичного страхування (ДМС) й оцінювання їх ефективності в системі охорони здоров'я України.

Завдання магістерської роботи:

- вивчити сутність, види та моделі систем медичного страхування;
- проаналізувати міжнародний досвід організації та функціонування програм медичного страхування;
- вивчити методичні засади оцінювання ефективності програм медичного страхування;
- проаналізувати нормативно-правову базу та етапи реформування системи медичного страхування в Україні;
- дослідити діючі програми медичного страхування та їх фінансово-економічні показники;
- оцінити ефективність запроваджених програм медичного страхування в Україні;
- розробити програму заходів щодо удосконалення системи медичного страхування з урахуванням міжнародного досвіду;
- визначити напрями розвитку державного та приватного медичного страхування в Україні;
- оцінити соціально-економічну ефективність запропонованих заходів.

Методи дослідження: загальнонаукові методи аналізу та синтезу для уточнення теоретичних підходів до дослідницької проблеми; порівняльний метод – для зіставлення наукових концепцій та практичних моделей; системний підхід – для визначення структури та взаємозв’язків досліджуваних явищ; статистичні методи – для обробки емпіричних даних та виявлення тенденцій; метод експертної оцінки – для узагальнення професійних суджень фахівців; графічний метод – для візуалізації отриманих результатів.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у систематизації моделей медичного страхування, розробці критеріїв оцінки їх ефективності та запропонованих заходах щодо вдосконалення національної системи медичного страхування.

Практичне значення роботи полягає у розробці програми вдосконалення системи медичного страхування України, яка може бути використана державними

органами, страховиками та роботодавцями для формування корпоративних соціальних пакетів.

Роботу завершено та захищено у 2026 році.

Ключові слова: медичне страхування, ефективність страхових програм, соціальний захист персоналу, державне медичне страхування, приватне медичне страхування.

В і д г у к

про кваліфікаційну магістерську роботу
здобувача факультету управління персоналом, соціології та психології освітньо-професійної програми
«Менеджмент персоналу»

Мартиненко Марти Миколаївни

(прізвище, ініціали)

на тему

Запровадження програм добровільного медичного страхування та їх ефективність

(назва теми)

1. Актуальність теми. В умовах реформування системи охорони здоров'я України та зростання конкуренції на ринку праці добровільне медичне страхування стає важливим елементом соціального пакета та інструментом HR-менеджменту. Дослідження програм ДМС на прикладі АТ КБ «ПриватБанк» є актуальним з огляду на необхідність оцінювання ефективності корпоративних страхових програм та їх впливу на мотивацію і лояльність персоналу.

2. Позитивні риси кваліфікаційної роботи. Робота має логічну структуру та ґрунтується на значній джерельній базі (65 джерел, включаючи іноземні). Здобувачка здійснила ґрунтовний аналіз міжнародного досвіду організації ДМС у шести країнах (США, Німеччина, Великобританія, Канада, Австралія, Індія). Цінним є проведення власного емпіричного дослідження – опитування 995 працівників банку щодо задоволеності програмою ДМС. Систематизовано методичні підходи до оцінювання ефективності програм медичного страхування за критеріями доступності, якості, охоплення та фінансової стійкості.

3. Наявність самостійних розробок автора. Автор самостійно провела SWOT-аналіз системи медичного страхування в Україні та розробила комплексну програму заходів щодо її удосконалення. Проведено аналіз результатів опитування працівників із визначенням показника eNPS (68%) та ідентифікацією проблемних зон обслуговування. Запропоновано напрями розвитку державного та приватного медичного страхування.

4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій. Теоретичні висновки щодо ролі ДМС у системі управління персоналом та критеріїв оцінювання ефективності страхових програм мають наукову цінність. Результати опитування працівників ПриватБанку можуть бути використані для вдосконалення корпоративних програм страхування.

5. Наявність недоліків. У роботі наявні певні недоліки: опитування охоплює лише перші три місяці дії договору страхування, що є недостатнім періодом для комплексної оцінки ефективності програми; третій розділ містить переважно загальні рекомендації щодо розвитку державного медичного страхування, які виходять за межі заявленої теми про ДМС; економічне обґрунтування запропонованих заходів має описовий характер без конкретних кількісних розрахунків (ROI, NPV). Зазначені недоліки не знижують загальної цінності роботи.

6. Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущень до захисту перед ЕК. Кваліфікаційна магістерська робота Мартиненко М.М. відповідає вимогам до робіт здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти, має теоретичну та практичну цінність, рекомендується до захисту перед екзаменаційною комісією та заслуговує на оцінку 42 бали.

Науковий керівник

д. е. н., професор

(посада, учене звання, науковий ступінь)

Бондаєнко С.А.

(підпис) (прізвище, ініціали)

«02» січня 2026 р.

ЗОВНІШНЯ РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну магістерську роботу
здобувачки освітньо-професійної програми «Менеджмент персоналу»
Мартиненко Марти Миколаївни
на тему «Запровадження програм добровільного медичного страхування та їх ефективність»

1. Актуальність теми.

В умовах реформування системи охорони здоров'я України та зростання конкуренції на ринку праці добровільне медичне страхування (ДМС) набуває особливої актуальності як елемент соціального пакета та інструменту управління персоналом. Обрана тема є своєчасною та практично значущою, оскільки дозволяє оцінити ефективність корпоративних програм ДМС і їх вплив на мотивацію, лояльність та утримання персоналу. Дослідження, виконане на матеріалах АТ КБ «ПриватБанк», підсилює прикладний характер роботи.

2. Позитивні риси кваліфікаційної роботи.

Робота відзначається логічною структурою, послідовністю викладу та достатнім рівнем теоретичного опрацювання проблематики. Авторкою використано значну та релевантну джерельну базу, у тому числі сучасні наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів. Позитивною рисою є аналіз міжнародного досвіду організації програм ДМС у низці країн, що дозволило зіставити різні підходи та практики. Особливої уваги заслуговує проведення власного емпіричного дослідження у формі опитування працівників банку, результати якого були використані для формування висновків.

3. Наявність самостійних розробок автора.

У роботі простежується самостійність наукового пошуку здобувачки. Авторкою систематизовано методичні підходи до оцінювання ефективності програм добровільного медичного страхування, запропоновано власні узагальнення результатів опитування персоналу та сформульовано рекомендації щодо вдосконалення корпоративної програми ДМС.

4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій.

Теоретичні висновки роботи поглиблюють уявлення про роль ДМС у системі управління персоналом сучасної організації. Практичні рекомендації можуть бути використані у діяльності HR-підрозділів великих компаній та банківських установ при формуванні й коригуванні соціальних пакетів для працівників.

5. Наявність недоліків.

До окремих недоліків слід віднести обмежений часовий горизонт емпіричного дослідження, що ускладнює комплексну оцінку довгострокової ефективності програми ДМС. Крім того, економічне обґрунтування запропонованих заходів має переважно описовий характер і потребує більш детальних кількісних розрахунків. Зазначені зауваження не мають принципового характеру та не знижують загальної наукової і практичної цінності роботи.

6. Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущення до захисту перед ЕК.

Кваліфікаційна магістерська робота Мартиненко М.М. відповідає вимогам, що висуваються до робіт здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти, характеризується достатнім рівнем теоретичної підготовки та практичної спрямованості, і може бути рекомендована до захисту перед екзаменаційною комісією.

Зовнішній рецензент Марциновська Олена Олександрівна,

керівник управління з питань взаємодії

з трудовим колективом Дирекції з HR та корпоративного управління АТ КБ «ПриватБанк»

«02» січня 2026 р.



ЗМІСТ

ВСТУП.....	11
РОЗДІЛ 1	16
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ	
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	16
1.1 Сутність, види та особливості добровільного медичного страхування	16
1.2 Міжнародний досвід організації програм добровільного медичного страхування	24
1.3 Методичні підходи до оцінювання ефективності програм добровільного медичного страхування.....	34
РОЗДІЛ 2	44
АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО	
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	44
2.1. Нормативно-правове забезпечення розвитку добровільного медичного страхування в Україні	44
2.2. Сучасний стан ринку та фінансово-економічні показники діяльності страховиків у сфері ДМС.....	50
2.3. Оцінювання ефективності діючих програм добровільного медичного страхування	59
РОЗДІЛ 3	68
НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ	
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	68
3.1. Удосконалення програм добровільного медичного страхування з урахуванням міжнародного досвіду	68
3.2. Перспективні напрями розвитку добровільного медичного страхування в Україні	75
3.3. Обґрунтування соціально-економічної ефективності запропонованих заходів.....	87
ВИСНОВКИ	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	98

ДОДАТКИ.....	105
--------------	-----

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВМС – військово-медична служба

ДМС – добровільне медичне страхування

КМУ – Кабінет Міністрів України

КНП – комунальне некомерційне підприємство

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОМС – обов'язкове медичне страхування

США – Сполучені Штати Америки

ПМГ – Програма медичних гарантій

ЕСОЗ – електронної системи обліку пацієнтів

GKV – обов'язкове соціальне страхування

NHS – Державне централізоване фінансування

HR – Human Resources (управління людськими ресурсами)

ESG – Environmental, Social, Governance (екологічні, соціальні та управлінські стандарти)

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна система охорони здоров'я України вимагає впровадження ефективних механізмів фінансування медичних послуг, оскільки належним чином розроблені програми медичного страхування забезпечують рівний доступ працівників до медичної допомоги та підвищують рівень їх соціальної захищеності. Для управління персоналом це створює основу для формування конкурентних компенсаційних пакетів, раціоналізації витрат роботодавців та зміцнення організаційної стабільності. Актуальність дослідження зумовлена тим, що якість реалізації страхових програм визначає рівень медичного покриття персоналу, впливає на стратегічне планування людських ресурсів та дозволяє виявити організаційні, фінансові та регуляторні бар'єри, що перешкоджають розвитку ефективної системи соціального забезпечення. Порівняльний аналіз національного та міжнародного досвіду дозволяє адаптувати успішні моделі медичного страхування, інтегрувати сучасні інструменти мотивації та утримання персоналу та вдосконалювати програми корпоративного добробуту. Відповідно до цього, дослідження специфіки впровадження та ефективності програм медичного страхування має суттєве наукове та практичне значення для сфери управління персоналом, оскільки сприяє підвищенню якості соціального захисту працівників та оптимізації управління людськими ресурсами в умовах сучасних соціально-економічних викликів.

Водночас практичне впровадження програм добровільного медичного страхування в українських організаціях супроводжується низкою проблем, зокрема відсутністю єдиних підходів до оцінювання їх ефективності, розривом між задекларованими соціальними цілями та фактичними результатами для персоналу, а також обмеженим використанням програм ДМС як інструменту управління людськими ресурсами. У наукових дослідженнях переважає аналіз окремих аспектів медичного страхування, тоді як комплексне оцінювання програм ДМС з позицій HR-ефективності залишається недостатньо розробленим.

Аналіз останніх досліджень публікацій зазначає про активне вивчення медичного страхування як інструмент соціального захисту населення та елементу

державної політики у сфері охорони здоров'я. Зокрема, у працях викладачів кафедри соціоекономіки та управління персоналом КНЕУ А. Шандар і В. Кирилюка медичне страхування розглядається як складова системи соціального забезпечення України; автори окреслюють місце обов'язкового та добровільного медичного страхування, підкреслюють роль добровільного сегмента у розширенні доступу до медичних послуг і необхідність удосконалення інституційних умов його розвитку [36]. Так, наукові праці В. Білоцького [9] і Д. Поповича, М. Капітанчука [20] охоплюють світові моделі медичного страхування та можливості їх адаптації в Україні, підкреслюючи необхідність інтеграції міжнародного досвіду з національними умовами. Ключові проблеми розвитку системи медичного страхування в Україні досліджені Д. Кирилов [13], А. Логінова [17] та Н. Климук [15], які звертають увагу на недосконалість нормативної бази, обмеженість фінансових ресурсів і низький рівень добровільного страхування. У контексті HR-практик та підтримки добробуту персоналу дослідники О. Кравчук, І. Варіс та А. Ходаківська аналізують програми балансу «робота-життя» в організації, що дозволяє розглядати соціальні бенефіти (зокрема, ДМС) як один із інструментів підвищення задоволеності працівників та зниження ризиків вигорання [20]. З позицій сучасних підходів до корпоративної соціальної відповідальності Т. Кицак та співавтори розкривають концепт «капіталізму стейкхолдерів», у межах якого компанії мають діяти в інтересах різних груп зацікавлених сторін, а розвиток соціальних програм для працівників (у тому числі корпоративного страхування) може розглядатися як практичний прояв такої відповідальності [14]. Водночас, у сучасних дослідженнях посилюється фокус на зв'язку соціальних гарантій із якістю трудового життя та соціально-трудовою політикою: А. Колот та співавтори обґрунтовують теоретико-методологічні засади якості зайнятості за нової соціоекономічної реальності, що дозволяє розглядати корпоративні програми добробуту (зокрема ДМС) як інструмент підвищення соціальної захищеності працівників і стійкості організацій (4). А. Колот додатково розвиває екосистемний підхід до стійкого людиновимірного розвитку, наголошуючи на взаємодії держави, роботодавців і працівників та комплексності інструментів соціальної політики, де

добровільні страхові програми можуть виступати важливим елементом соціального пакета (5). Наукові публікації П. Іжевського, А.В. Крушинської [10], М. Михайлюка, Т. Романа та Я. Танчака [21] та Т. Стецюка [32] акцентують соціальну роль страхування у забезпеченні стабільності та підтримки населення в умовах війни та кризових ситуацій. Р. Савченко [28] і В. Руденя [27] у своїх наукових доробках досліджують правові та кадрові аспекти функціонування системи, тоді як С. Соловей [30] підкреслює її інтеграцію в державну політику охорони здоров'я. Загалом, сучасні наукові джерела демонструють комплексний підхід до вивчення медичного страхування, поєднуючи економічні, соціальні, правові та управлінські аспекти його розвитку.

Узагальнення наукових підходів свідчить, що більшість досліджень зосереджені на теоретичних засадах медичного страхування або аналізі його окремих функцій у системі соціального захисту. Водночас питання впровадження програм добровільного медичного страхування саме як інструменту управління персоналом та оцінювання їх ефективності з урахуванням соціальних і управлінських критеріїв залишаються недостатньо опрацьованими. Це зумовлює необхідність подальших досліджень у даному напрямі та визначає логіку даної магістерської роботи.

Головна мета дослідження – обґрунтування теоретичних засад та розробка практичних рекомендацій щодо запровадження програм добровільного медичного страхування (ДМС) й оцінювання їх ефективності в системі охорони здоров'я України.

Досягнення поставленої мети передбачає виконання наступних **завдань**:

1. Розкрити сутність, види та особливості добровільного медичного страхування в системі соціального захисту населення.
2. Узагальнити міжнародний досвід організації та функціонування програм добровільного медичного страхування.
3. Систематизувати методичні підходи до оцінювання ефективності програм добровільного медичного страхування.

4. Проаналізувати нормативно-правове забезпечення та інституційні умови розвитку добровільного медичного страхування в Україні.
5. Дослідити сучасний стан ринку добровільного медичного страхування та оцінити фінансово-економічні показники діяльності страховиків.
6. Оцінити ефективність діючих програм добровільного медичного страхування в Україні.
7. Розробити рекомендації щодо вдосконалення програм добровільного медичного страхування та обґрунтувати їх соціально-економічну ефективність.

Об’єкт дослідження – процес функціонування та розвитку добровільного медичного страхування як складової системи фінансування охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти запровадження програм добровільного медичного страхування та інструментарій оцінювання їх ефективності.

Методи дослідження. Під час дослідження використовувалися загальнонаукові методи аналізу та синтезу для уточнення теоретичних підходів до дослідницької проблеми; порівняльний метод – для зіставлення наукових концепцій та практичних моделей; системний підхід – для визначення структури та взаємозв’язків досліджуваних явищ; статистичні методи – для обробки емпіричних даних та виявлення тенденцій; метод експертної оцінки – для узагальнення професійних суджень фахівців; графічний метод – для візуалізації отриманих результатів.

Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів. Теоретичне значення полягає в уточненні змісту та структури системи медичного страхування, узагальненні світових моделей та визначенні ключових критеріїв оцінки їх ефективності. Методологічна цінність роботи полягає у формуванні підходу до комплексної оцінки ефективності страхових програм, що включає соціальні, економічні та організаційні показники. Практичне значення полягає в розробці програми вдосконалення системи медичного страхування України, яка може бути використана органами державної влади, страховими

компаніями та роботодавцями в процесі формування корпоративних програм медичного страхування. Запропоновані заходи можуть бути адаптовані для інших секторів економіки та різних рівнів управління.

Характер виконання кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота виконана за власною ініціативою автора, враховуючи актуальні завдання реформування системи охорони здоров'я в Україні та зростаюче значення медичного страхування в соціально-економічному розвитку держави. Результати дослідження мають практичну спрямованість та можуть бути впроваджені в діяльність страхових компаній та підприємств, що формують корпоративні соціальні пакети. Отримані висновки та рекомендації можуть бути використані як аналітична основа для подальших наукових досліджень.

Автор кваліфікаційної магістерської роботи брав (ла) участь у таких наукових конференціях: «ПРАЦЯ В ХХІ СТОЛІТТІ: НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ, СОЦІАЛЬНИЙ ВИМІР, ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК».

Інформаційна база дослідження. Інформаційною базою дослідження стали нормативно-правові акти України, статистичні дані Національної служби здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я та Національного банку України, звіти провідних страхових компаній, аналітичні огляди спеціалізованих організацій, матеріали міжнародних установ (ВООЗ, ОЕСР, Світовий банк), а також наукові публікації, монографії та результати сучасних досліджень у сфері медичного страхування. Використання широкого кола джерел забезпечило об'єктивність та всебічність отриманих результатів.

Структура роботи. Кваліфікаційна магістерська робота складається з вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (65 позицій) та двох додатків. Загальний обсяг роботи становить 85 сторінок, із яких основний текст – 75 сторінок. Робота містить 15 таблиць і 2 ілюстрації.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Сутність, види та особливості добровільного медичного страхування

Медичне страхування є важливою складовою соціального захисту працівників і водночас ефективним інструментом у системі управління персоналом сучасної організації. Воно забезпечує працівникам упевненість у майбутньому, створює відчуття турботи з боку роботодавця та позитивно впливає на корпоративну культуру. У контексті HR-менеджменту медичне страхування виконує не лише захисну функцію, а й стає частиною стратегічного підходу до розвитку людського капіталу, оскільки здоров'я персоналу безпосередньо впливає на продуктивність і стабільність роботи компанії [9].

Сучасна наукова спільнота під медичним страхуванням розуміє систему економічних і правових відносин, спрямованих на забезпечення громадян медичною допомогою у випадку хвороби чи травми за рахунок коштів страхових внесків. Усі визначення разом дають цілісне уявлення про медичне страхування як інструмент, який одночасно захищає людей, гарантує права, забезпечує фінансову стабільність і дозволяє державі та роботодавцям піклуватися про здоров'я своїх громадян і працівників (табл. 1.1).

Аналіз визначень поняття «медичне страхування» показує, наскільки багатогранним є цей інститут і яку важливу роль він відіграє в житті суспільства. Так, Н. Климчук розглядає медичне страхування як форму соціального захисту, яка дозволяє людям отримувати необхідну медичну допомогу без страху перед непередбачуваними фінансовими витратами. Його підхід підкреслює, що страхування допомагає розподіляти ризики та акумулювати ресурси, роблячи медичну допомогу доступною та безперервною [15].

Р. Савченко додає до цього правовий вимір, зазначаючи, що медичне страхування – це інститут, який гарантує громадянам їхнє конституційне право на

охорону здоров'я через систему страхових внесків і договорів. Таким чином, страхування не лише фінансовий механізм, а й інструмент захисту прав людини [28].

Таблиця 1.1– Наукові трактування поняття «медичне страхування»*

Автор	Визначення
Н. Климчук [15]	Медичне страхування розглядається як форма соціального захисту населення, спрямована на забезпечення доступності та безперервності медичної допомоги шляхом акумуляції фінансових ресурсів і розподілу ризиків між учасниками системи.
Р. Савченко [28]	Медичне страхування – це правовий інститут, що забезпечує реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я через систему страхових внесків і договорів.
С. Соловей [39]	Медичне страхування розглядається як елемент державної політики у сфері охорони здоров'я, що поєднує інтереси громадян, роботодавців і держави у забезпеченні фінансової стійкості системи охорони здоров'я.
М. Михайлюк, Т. Роман, Я. Танчак [21]	Медичне страхування – це складова соціально-економічного механізму захисту населення, що передбачає формування страхових фондів з метою компенсації витрат на медичні послуги.
Т. Стецюк [32]	Медичне страхування – це система соціально-економічних відносин, яка забезпечує реалізацію права громадян на охорону здоров'я через механізм колективного фінансування медичних послуг.
А. Логінова [17]	Медичне страхування визначається як інституційна форма організації фінансування охорони здоров'я, що передбачає акумуляцію коштів на засадах солідарності з метою компенсації витрат у разі настання страхового випадку.

*Джерело: сформовано автором

За даними, наведеними в таблиці 1.1 С. Соловей розширює погляд на медичне страхування, показуючи, що воно є частиною державної політики у сфері охорони здоров'я. Воно поєднує інтереси громадян, роботодавців і держави, забезпечуючи фінансову стійкість системи охорони здоров'я. Іншими словами, страхування стає елементом спільної відповідальності за здоров'я населення [28].

М. Михайлюк, Т. Роман і Я. Танчак підкреслюють економічний аспект: страхування формує спеціальні фонди для компенсації витрат на медичні послуги. Це дозволяє людям почуватися захищеними у разі хвороби та створює фінансову стабільність для всієї системи охорони здоров'я [21].

Т. Стецюк [32] та А. Логінова [17] додають сучасний інституційний підхід. Вони показують, що медичне страхування – це не лише система внесків, а й механізм колективного фінансування, що будується на принципах солідарності. Завдяки цьому взаємодіють держава, роботодавці та громадяни, забезпечуючи ефективну і стабільну систему медичного страхування.

Критичний аналіз наукових підходів до визначення поняття «медичне страхування» засвідчує, що в літературі домінують три акценти: (1) соціальний – як інструмент соціального захисту та забезпечення доступу до медичної допомоги; (2) правовий – як механізм гарантування реалізації права людини на охорону здоров'я; (3) економічний – як система формування та перерозподілу страхових фондів для покриття витрат на лікування. Водночас у частині визначень недостатньо відображено програмний рівень реалізації страхування (програма/пакет, склад покриття, умови доступу), а також управлінський контекст корпоративних програм (роль роботодавця, HR-політик, комунікацій, сервісу та контролю якості). Для теми даного дослідження це є принциповим, адже ефективність ДМС проявляється не лише у фінансових показниках, а й у якості сервісу, доступності для працівників і досягненні HR-результатів (утримання, залученість, зниження втрат робочого часу через хвороби тощо).

Важливим доповненням до категоріального аналізу медичного страхування є підхід, запропонований викладачами кафедри соціоекономіки та управління персоналом КНЕУ А. М. Шандар і В. В. Кирилюком. Автори розглядають медичне страхування не лише як фінансово-економічний механізм, а як складову системи соціального забезпечення, що інтегрується у ширший контекст соціально-трудових відносин та політики зайнятості. У їхніх дослідженнях акцентується, що добровільне медичне страхування відіграє особливу роль у підвищенні соціальної

захищеності працюючого населення та компенсації обмежень державного фінансування охорони здоров'я [36].

З позицій даного дослідження такий підхід є принципово важливим, оскільки дозволяє розглядати програми ДМС не ізольовано, а як елемент системи управління соціальним забезпеченням персоналу, що безпосередньо пов'язаний з HR-політиками, умовами праці та якістю трудового життя.

З огляду на це, у роботі доцільно розмежовувати категорії «медичне страхування», «система медичного страхування» та «програма медичного страхування», а також зафіксувати робочі визначення ключових термінів, що забезпечить однозначність подальшого аналізу та оцінювання ефективності.

У межах даного дослідження під медичним страхуванням пропонуємо розуміти систему соціально-економічних і правових відносин щодо акумулювання страхових внесків та фінансування (або компенсації) медичних послуг/витрат у разі настання страхового випадку з метою зниження фінансових ризиків та підвищення доступності медичної допомоги. Під програмою добровільного медичного страхування – структурований страховий продукт (пакет), що визначає обсяг покриття, порядок отримання послуг, умови доступу та сервісні механізми (асистанс, мережа закладів, врегулювання), а у корпоративному форматі – ще й правила участі працівників, співфінансування (за наявності) та інструменти управління програмою з боку роботодавця.

Розширення трактування програм добровільного медичного страхування як управлінського інструменту кореспондує з сучасними підходами до корпоративної соціальної відповідальності. Зокрема, у дослідженні Т. Г. Кицак та співавторів обґрунтовано концепцію «капіталізму стейкхолдерів», відповідно до якої компанії мають враховувати інтереси різних груп зацікавлених сторін, включно з працівниками. Автори підкреслюють, що розвиток соціальних програм для персоналу, зокрема корпоративного страхування, виступає практичним проявом відповідальної бізнес-моделі та довгострокових інвестицій у людський капітал [14].

У сучасній практиці виділяють два основні види медичного страхування – обов’язкове та добровільне.

Обов’язкове медичне страхування має державний характер і передбачає гарантоване забезпечення всіх громадян мінімальним рівнем медичної допомоги незалежно від їхнього матеріального стану чи зайнятості. Його основна мета – створити соціальний захист населення, знизити фінансові ризики для окремих осіб у разі захворювання та забезпечити доступність базових медичних послуг для всіх верств населення. Такий підхід формує стабільну та передбачувану систему охорони здоров’я, де держава виступає гарантом доступності медичної допомоги для кожного [1].

Добровільне медичне страхування (далі – ДМС), навпаки, відрізняється більшою гнучкістю та індивідуалізацією, оскільки ґрунтується на договірних відносинах між роботодавцем, страховою компанією та працівником. Воно дозволяє розширювати спектр медичних послуг понад базовий пакет, обирати лікарів та клініки, а також отримувати додаткові привілеї, що відповідають потребам конкретного працівника або колективу. ДМС стає важливим інструментом корпоративної соціальної відповідальності, оскільки підвищує рівень лояльності співробітників, їхню мотивацію та відчуття захищеності, одночасно демонструючи турботу роботодавця про здоров’я персоналу [2].

Обидва види медичного страхування взаємодоповнюють один одного. Обов’язкове страхування забезпечує базову безпеку для всіх громадян, тоді як добровільне страхування на робочому місці створює додаткові можливості для персоналізації медичного обслуговування та підвищення соціальної відповідальності роботодавців.

Зауважимо, що сьогодні добровільне медичне страхування стає одним із найпоширеніших елементів компенсаційного пакета на підприємствах, що прагнуть створити привабливі умови праці та підвищити лояльність персоналу.

Упровадження програм медичного страхування на робочому місці має велике значення з точки зору управління персоналом. Для HR-фахівців це не просто додаткова пільга, а стратегічний інструмент формування стабільної та ефективної

команди. Медичне страхування стимулює працівників дбати про власне здоров'я, підвищує їхню мотивацію, сприяє зміцненню емоційного зв'язку з компанією. Крім того, воно позитивно впливає на корпоративний імідж організації, роблячи її більш привабливою для потенційних кандидатів [30, С. 100].

Для ефективного впровадження медичного страхування HR-службі необхідно розробити чітку політику, яка визначатиме умови, обсяг та порядок фінансування програми. Важливо обрати надійного страхового партнера, узгодити рівень покриття медичних послуг, забезпечити прозорість умов для всіх учасників. Не менш важливим є інформаційний супровід – працівники повинні розуміти переваги та можливості, які надає страхова програма [16, С. 43].

У сучасних умовах медичне страхування стає невід'ємним елементом корпоративної культури й HR-бренду компанії. Воно демонструє, що організація цінує свій персонал, піклується про його благополуччя та готова інвестувати у здоров'я працівників. Такий підхід формує довготривалі партнерські відносини між роботодавцем і працівником, підвищує конкурентоспроможність компанії на ринку праці та сприяє її сталому розвитку.

У світовій практиці існує кілька основних моделей організації медичного страхування, кожна з яких має свої особливості фінансування, управління та надання медичних послуг (табл. 1.2).

Таблиця 1.2 – Ключові моделі організації медичного страхування*

Модель	Фінансування	Управління	Надання медичних послуг	Переваги	Недоліки
Бісмарка	Обов'язкові внески працівників і роботодавців	Страхові фонди (неприбуткові, регульовані державою)	Приватні лікарі та клініки, договір із фондами	Стабільне фінансування, широке покриття	Може бути складна бюрократія, витрати на адміністрування
Беверіджа	Податки держави (загальний бюджет)	Державні органи	Державні лікарні та поліклініки	Універсальне покриття, мінімальні витрати на адміністрування	Можливі черги, обмежений вибір лікарів

Продовження таблиці 1.2

Приватна	Приватні страхові премії	Приватні страхові компанії	Приватні клініки та лікарі	Гнучкість, інноваційність, стимул до якості	Обмежене покриття, висока вартість для населення
Змішана	Комбінація державного фінансування і приватних внесків	Державні органи та приватні страхові компанії	Комбінація державних і приватних закладів	Поєднує універсальність і вибірково приватну якість	Складна координація, ризик нерівності доступу

*Джерело: сформовано автором на основі даних джерел [9; 24]

Однією з таких є модель Бісмарка, яка зародилася у Німеччині наприкінці XIX століття. Вона ґрунтується на принципі обов'язкового соціального страхування, де фінансування забезпечується через внески працівників і роботодавців. Держава при цьому виконує регуляторну функцію, а надання медичних послуг покладене на приватні медичні заклади, що укладають угоди зі страховими фондами. Така модель поєднує стабільність ресурсного забезпечення з широким охопленням населення, однак потребує значних адміністративних витрат та передбачає складну бюрократичну структуру управління [9].

На противагу їй, модель Беверіджа, сформована у Великій Британії після Другої світової війни, організовує охорону здоров'я на базі державного фінансування через податки. Центральне управління системою здійснюється державними органами, а медичні послуги надаються у державних лікарнях і поліклініках. Основною перевагою цієї моделі є її здатність забезпечити рівний доступ до медичної допомоги для всього населення, а також відносно низькі адміністративні витрати. Водночас така централізована організація може створювати певні обмеження щодо вибору лікарів та тривалості очікування на медичні послуги [9].

Інший підхід демонструє приватна модель медичного страхування, яка переважно реалізується у США та низці інших країн. Вона базується на добровільних страхових преміях, а організацію та контроль здійснюють приватні компанії. Надання медичних послуг відбувається у приватних клініках і лікарнях,

що створює стимул до підвищення якості та впровадження інновацій у медичну практику. Проте, значною проблемою цієї моделі є нерівність у доступі до послуг та висока вартість для широких верств населення, що обмежує соціальну справедливість системи [24, С. 66].

Найбільш комплексним підходом є змішана модель, яка інтегрує елементи державного фінансування та приватного страхування. Управління у такій системі здійснюється спільно державними органами та приватними страховими компаніями, а медичні послуги надаються як у державних, так і у приватних закладах. Змішана модель дозволяє поєднувати принцип універсального доступу з можливістю отримання додаткових, високоякісних медичних послуг. Водночас її реалізація ускладнюється необхідністю координації між державним і приватним сегментами, що може призводити до нерівності у доступі та підвищення адміністративних витрат [24, С. 67-68].

Характеристика моделей медичного страхування свідчить, що вибір конкретної організаційної форми пов'язаний із прагненням забезпечити баланс між доступністю послуг, їхньою якістю та ефективністю управління ресурсами. Кожна модель має власну логіку формування фінансових потоків і організаційних структур, що визначає соціальну ефективність та стійкість системи охорони здоров'я.

Порівняння базових моделей (Бісмарка, Беверіджа, приватної та змішаної) дає підстави стверджувати, що жодна з них не є універсально «кращою», оскільки кожна відображає компроміс між фінансовою стійкістю, справедливістю доступу, управлінською простотою та рівнем персоналізації послуг. Ключовою перевагою моделей Бісмарка та змішаної моделі є наявність чітких фінансових потоків і інституційної відповідальності, що підвищує керованість системи; водночас вони потребують розвиненої інфраструктури адміністрування та контролю. Модель Беверіджа забезпечує високий рівень універсальності, але за дефіциту ресурсів може формувати черги й обмеження вибору. Приватна модель створює широкий простір для конкуренції та інновацій, проте несе ризики нерівності доступу.

З позиції України та теми даного дослідження (програми ДМС та їх ефективність) найбільш практичною є логіка поєднання державних гарантій із розвитком добровільних програм, тобто елементи змішаної моделі. Саме така комбінація дозволяє зберігати базову соціальну справедливість (державний пакет) і водночас підвищувати якість та швидкість доступу через корпоративні/індивідуальні програми. Отже, подальший аналіз у роботі орієнтується на оцінювання того, як українські механізми фінансування та ринкові програми ДМС впливають на доступність, якість і стійкість системи, а також на результати для роботодавців і працівників.

Отже, медичне страхування слід розглядати не лише як соціальну гарантію, а як стратегічну інвестицію в людський потенціал. Його впровадження на робочому місці – це інструмент створення здорового, мотивованого та згуртованого колективу, який здатний забезпечити ефективне функціонування та розвиток організації у довгостроковій перспективі.

1.2 Міжнародний досвід організації програм добровільного медичного страхування

Міжнародна практика медичного страхування демонструє широкий спектр моделей організації та механізмів функціонування, які дозволяють забезпечити ефективний соціальний захист населення та підвищити продуктивність працівників через підтримку їхнього здоров'я. У країнах з розвиненими системами охорони здоров'я медичне страхування розглядається не лише як фінансовий інструмент покриття медичних ризиків, а й як стратегічний механізм управління людським капіталом, що прямо впливає на мотивацію, залученість і стабільність персоналу (табл. 1.3).

Аналіз міжнародного досвіду організації програм медичного страхування доцільно доповнити сучасними підходами до оцінювання якості зайнятості. У цьому контексті корпоративні програми добровільного медичного страхування можуть розглядатися як інструмент підвищення якості зайнятості та стійкості

організацій, що особливо актуально в умовах економічної нестабільності та демографічних викликів.

У Сполучених Штатах Америки медичне страхування переважно організоване на приватній основі та функціонує на принципах добровільних страхових премій. Особливістю системи є її децентралізований характер, який полягає в тому, що страхові компанії самостійно розробляють програми, визначають страхові пакети, тарифи та умови покриття, а роботодавці обирають страхових партнерів залежно від потреб персоналу. Така організаційна структура забезпечує можливість формування комплексних корпоративних програм, які включають базове медичне страхування та додаткові пакети, зокрема стоматологічні, офтальмологічні та психіатричні послуги, що дозволяє адаптувати страхові програми під різні категорії працівників [56].

Функціонування програм медичного страхування в США передбачає взаємодію між роботодавцем, страховою компанією та працівниками. У рамках цієї взаємодії визначаються страхові внески, регламентуються умови отримання медичних послуг, здійснюється моніторинг використання пакетів та контроль за виплатами страхових випадків. У цьому процесі HR-служби виконують стратегічну роль. Вони аналізують потреби персоналу, інтегрують страхові програми у соціальні пакети, організовують комунікацію щодо доступних послуг, здійснюють супровід страхових випадків та оцінюють задоволеність працівників [56].

Таблиця 1.3 – Характеристика програм медичного страхування у зарубіжних країнах*

Країна	Модель медичного страхування	Опис	Переваги
США	Приватна, добровільні страхові премії	Децентралізована структура: страхові компанії розробляють пакети, роботодавці обирають партнерів.	Персоналізовані страхові пакети, висока якість медичних послуг, мотивація та лояльність працівників.

Продовження таблиці 1.3

Німеччина	Обов'язкове соціальне страхування (GKV) (Модель Бісмарка)	Некомерційні фонди забезпечують базові медичні послуги; приватне страхування для додаткових потреб.	Доступність для всіх категорій, соціальна стабільність, профілактика, психологічна підтримка.
Велика Британія	Державне централізоване фінансування (NHS) (Модель Беверіджа)	Державні лікарні та поліклініки надають медичну допомогу; корпоративні добровільні програми доповнюють базові послуги.	Універсальний доступ, соціальна безпека, підвищення мотивації та залученості через добровільні програми.
Канада	Змішана модель	Medicare покриває базові послуги; приватне страхування забезпечує додаткове покриття.	Універсальний доступ до базових послуг, додаткові опції для різних категорій персоналу.
Австралія	Змішана модель	Базові послуги через Medicare; приватні програми покривають додаткові послуги.	Додаткові послуги, підвищення продуктивності, зменшення стресу.
Індія	Змішана модель	Державне фінансування покриває базові медичні послуги; приватні страховики пропонують корпоративні пакети.	Соціальна справедливість, персоналізація послуг, мотивація та залученість працівників.

* Джерело: сформовано автором на основі даних джерел [9; 24; 56]

Зауважимо, що організація та функціонування приватного медичного страхування у США створює умови для персоналізації медичних послуг, стимулює підвищення їх якості та формує високий рівень залученості та лояльності працівників. Ефективне управління такими програмами в HR-практиці дозволяє забезпечити баланс між фінансовою стабільністю роботодавця та соціальною

підтримкою персоналу, що є важливим чинником розвитку корпоративної культури та утримання ключових кадрів.

У Німеччині медичне страхування базується на принципі обов'язкового соціального страхування (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV), де внески здійснюють як працівники, так і роботодавці. Основною метою цієї системи є забезпечення доступності медичних послуг для всіх категорій населення, що створює надійну соціальну основу для підтримки здоров'я та добробуту працівників. GKV функціонує через мережу некомерційних страхових фондів (Krankenkassen), які забезпечують медичні послуги, включаючи лікарські консультації, стаціонарне лікування, профілактичні програми та фармацевтичну підтримку [41].

Для HR-фахівців у великих корпораціях така система є важливим інструментом управління персоналом. Вони здійснюють організацію страхових внесків, контроль за правильним зарахуванням працівників до відповідних фондів та забезпечують відповідність законодавчим вимогам. Крім того, HR-фахівці консультують працівників щодо вибору між GKV та приватним медичним страхуванням (Private Krankenversicherung, PKV), що дозволяє враховувати індивідуальні потреби та фінансові можливості персоналу [42].

Інтеграція медичного страхування у корпоративні соціальні пакети забезпечує не лише юридичну відповідність, а й стратегічні HR-цілі. HR-фахівці впроваджують програми профілактики здоров'я, психологічної підтримки та wellness-ініціативи, що підвищує рівень задоволеності працівників, зменшує рівень стресу та сприяє формуванню корпоративної культури турботи про персонал. У свою чергу, це підвищує мотивацію, залученість і лояльність працівників, що є важливим чинником підтримки ефективності та стабільності організації [35; 60].

Попри високий рівень розвитку системи, HR-фахівці стикаються з певними викликами, зокрема з адміністративними процедурами, інтеграцією нових технологій та забезпеченням рівного доступу до медичних послуг для всіх працівників. Вони повинні постійно адаптувати стратегії управління програмами медичного страхування до змін у законодавстві та потреб працівників, що

забезпечує сталий розвиток корпоративного HR-менеджменту та підтримку людського капіталу [48].

Варто відмітити, що організація та функціонування програм медичного страхування в Німеччині демонструють ефективну взаємодію державного регулювання та корпоративних практик HR, де страхування слугує не лише соціальною гарантією, а й інструментом стратегічного управління персоналом.

У Великій Британії система охорони здоров'я функціонує на основі централізованого державного фінансування через загальні податки та реалізується у формі National Health Service (NHS). Основним завданням NHS є забезпечення універсального доступу до медичних послуг для всього населення незалежно від соціально-економічного статусу та професійної діяльності [58]. Медична допомога надається державними лікарнями та поліклініками без додаткових фінансових витрат для пацієнтів, що забезпечує високий рівень соціальної безпеки та стабільності для працівників.

З точки зору HR-менеджменту, державна модель охорони здоров'я створює сприятливе соціальне середовище для працівників, що дозволяє організаціям концентруватися на формуванні та впровадженні добровільних корпоративних програм медичного страхування. Такі програми можуть включати додаткове покриття приватних медичних закладів, стоматологічні послуги, психологічну підтримку та wellness-програми, що, у свою чергу, сприяє підвищенню задоволеності персоналу, рівня його мотивації та залученості [44].

Додатково, А. М. Колот у межах екосистемного підходу до людиновимірного розвитку наголошує на необхідності комплексної взаємодії держави, роботодавців і працівників у формуванні системи соціального захисту. Автор підкреслює, що сучасні інструменти соціальної політики мають функціонувати у вигляді взаємопов'язаних елементів, де добровільні страхові програми виступають важливою ланкою між державними гарантіями та індивідуальними потребами працівників [18].

З огляду на це, міжнародний досвід упровадження програм медичного страхування підтверджує доцільність поєднання державних механізмів фінансування з корпоративними ініціативами у сфері ДМС.

Організація корпоративних страхових програм у Великій Британії передбачає системну взаємодію HR-відділів із приватними страховими компаніями, включаючи консультування працівників щодо вибору страхових пакетів, моніторинг використання послуг та оцінку ефективності програм. Такий підхід забезпечує адаптацію страхових пакетів під потреби різних категорій персоналу та створює додаткові механізми соціальної підтримки, які доповнюють базові державні гарантії [57].

Функціонування корпоративних добровільних страхових програм сприяє формуванню конкурентних переваг організацій на ринку праці шляхом розвитку бренду роботодавця (employer branding). Впровадження додаткових медичних пільг демонструє соціальну відповідальність компанії та її турботу про добробут персоналу, що, у свою чергу, позитивно впливає на корпоративну культуру та зміцнює довгострокові взаємини з працівниками [49].

Зауважимо, що британська модель охорони здоров'я поєднує універсальний доступ до базових медичних послуг із можливістю розвитку корпоративних добровільних програм страхування. Для HR-фахівців це створює передбачуване соціальне середовище, підвищує мотивацію персоналу, сприяє утриманню ключових кадрів та забезпечує стратегічне управління людським капіталом у довгостроковій перспективі.

У Канаді та Австралії застосовується змішана модель охорони здоров'я, що поєднує державне та приватне фінансування медичних послуг. У Канаді базове медичне обслуговування фінансується через систему Medicare, що забезпечує універсальний доступ до лікарських консультацій та стаціонарного лікування. Проте частина медичних послуг, таких як стоматологічне обслуговування, фізіотерапія та рецептурні препарати, не охоплюються цією системою, що створює потребу в додатковому приватному страхуванні. Близько 65-75% канадців мають

додаткове медичне страхування, яке часто надається роботодавцями як частина корпоративного соціального пакета [43].

В Австралія також функціонує змішана модель, де базові медичні послуги надаються через систему Medicare, а додаткові послуги, такі як стоматологія, оптика та фізіотерапія, покриваються через приватне медичне страхування. Незважаючи на високий рівень охоплення приватним страхуванням (приблизно 45% населення), система стикається з викликами, зокрема зростанням вартості премій та зниженням доступності послуг [59].

З точки зору HR-фахівців, наявність змішаної моделі охорони здоров'я в цих країнах створює можливості для стратегічного управління персоналом. Додаткові програми медичного страхування, що надаються роботодавцями, сприяють підвищенню задоволеності працівників, зниженню рівня стресу та покращенню загального стану здоров'я персоналу. Це, в свою чергу, може призвести до підвищення продуктивності та зменшення рівня плинності кадрів [45].

Однак існують і виклики, зокрема необхідність управління різними рівнями страхового покриття, забезпеченням доступу до послуг та контролем витрат на медичне обслуговування. HR-фахівці повинні враховувати ці аспекти при розробці та впровадженні програм медичного страхування, щоб забезпечити їх ефективність та відповідність потребам працівників.

В Індії система медичного страхування характеризується змішаною моделлю, де державне фінансування забезпечує базове покриття, а приватні страховики пропонують додаткові корпоративні програми. Державні страхові ініціативи націлені на покриття основних медичних послуг, включно з госпіталізацією, лікуванням хронічних захворювань та материнською допомогою, що гарантує універсальний доступ для всіх працівників та громадян [62].

Приватні страховики в Індії розробляють корпоративні пакети, які включають розширене покриття: стоматологічні послуги, психічне здоров'я, превентивну медицину та фізіотерапію. Така структура дозволяє організаціям індивідуалізувати страхові програми під потреби різних категорій персоналу та

стимулює підвищення якості надання медичних послуг, що відповідає стратегічним цілям управління людським капіталом.

З точки зору HR, індійська модель створює можливості для формування корпоративного пакета соціальних пільг, який сприяє мотивації, зменшенню стресу та підвищенню продуктивності працівників. HR-фахівці концентруються на плануванні страхових пакетів, контролі витрат, моніторингу задоволеності персоналу та оцінці ефективності страхових програм у межах корпоративної політики [64].

Завдяки змішаній структурі, організації можуть поєднувати соціальну захищеність працівників із можливістю надання високоякісних додаткових послуг, що підвищує конкурентоспроможність компаній на ринку праці та формує позитивний імідж роботодавця. У межах HR-практики це реалізується через інтеграцію страхових програм у системи управління здоров'ям та благополуччям персоналу, аналіз використання послуг, оптимізацію пакетів та розробку стратегій утримання ключових кадрів [47].

Індія демонструє ефективну інтеграцію державних і приватних медичних страхових програм, де державна складова забезпечує соціальну справедливість і доступність, а приватна – гнучкість та персоналізацію послуг. Для HR-фахівців це створює широкий спектр інструментів для підвищення мотивації та залученості працівників, зміцнення корпоративної культури та підтримки сталого розвитку організації.

Порівняльний аналіз міжнародного досвіду показує, що «успішність» систем медичного страхування забезпечується не стільки вибором однієї моделі, скільки якістю інституційних механізмів її реалізації. Узагальнення практик розглянутих країн дозволяє виокремити кілька закономірностей:

- чітко визначений базовий гарантований пакет і стабільне джерело його фінансування знижують ризики катастрофічних витрат домогосподарств;
- ефективний контрактинг і контроль якості (в т.ч. через стандарти, протоколи, аудит та цифрові інструменти) підвищують результативність витрат;

- участь роботодавців через корпоративні програми підсилює охоплення і швидкість доступу, але потребує правил, що мінімізують нерівність;
- цифровізація адміністрування (реєстри, е-направлення, телемедицина, аналітика даних) зменшує транзакційні витрати та підвищує прозорість.

З огляду на українські умови, до найбільш переносимих елементів міжнародного досвіду слід віднести: розвиток контрактних механізмів і прозорі тарифікації, посилення стандартів якості, інструменти фінансового захисту для дороговартісного лікування (фонди/перестраховування) та цифрові платформи для управління шляхом пацієнта. Водночас пряме копіювання приватної моделі без компенсаторних механізмів може поглиблювати нерівність доступу, тому інтеграція добровільних програм має відбуватися у зв'язці з державними гарантіями та соціальними винятками.

Отримані висновки слугують підґрунтям для формування у Розділі 3 програми заходів щодо удосконалення системи медичного страхування в Україні та обґрунтування напрямів розвитку державного і приватного сегментів з урахуванням кращих міжнародних практик.

Досвід цих країн показує, що ефективне функціонування програм медичного страхування значною мірою залежить від державної політики, економічних умов та культурних особливостей. Для HR-фахівців ключовим є використання міжнародних практик для побудови корпоративних страхових пакетів, які забезпечують рівний доступ до послуг, сприяють мотивації та залученості персоналу, а також зміцнюють імідж організації як соціально відповідального роботодавця.

Досвід США, Німеччини, Великобританії, Канади, Австралії та Індії демонструє, що ефективне функціонування програм медичного страхування значною мірою визначається інтеграцією державної політики, економічних ресурсів та культурних особливостей кожної країни. Для HR-фахівців ключовим є розуміння цих національних контекстів та використання міжнародних практик у формуванні корпоративних страхових пакетів, що поєднують базове соціальне покриття та додаткові індивідуалізовані послуги.

Інтеграція таких програм у HR-політику дозволяє забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всіх категорій персоналу, створюючи відчуття соціальної підтримки та підвищуючи психологічний комфорт працівників. Одночасно, продумане управління страхуванням стимулює мотивацію, залученість та лояльність персоналу, оскільки працівники усвідомлюють турботу організації про їхнє здоров'я та добробут.

З точки зору стратегічного HR, впровадження міжнародних практик медичного страхування сприяє зміцненню корпоративної культури та іміджу компанії як соціально відповідального роботодавця. Використання досвіду різних країн дозволяє адаптувати страхові пакети під потреби локального персоналу, оптимізувати витрати на програми охорони здоров'я та створювати конкурентні переваги на ринку праці через пропозицію високоякісних, комплексних соціальних гарантій.

Окрім того, світовий досвід демонструє, що ефективне впровадження програм медичного страхування в організаціях потребує комплексного підходу, який інтегрує фінансові механізми, стандарти якості медичних послуг та принципи корпоративної соціальної відповідальності. Для HR-фахівців важливими є аспекти доступності, прозорості умов страхування, рівного охоплення працівників і здатності програм адаптуватися до змін у структурі персоналу та економічних умовах. Використання даних міжнародних практик дозволяє розробляти ефективні корпоративні страхові пакети, які підвищують мотивацію, залученість та продуктивність персоналу, а також зміцнюють позитивний імідж роботодавця на ринку праці.

Отже, аналіз міжнародного досвіду дозволяє HR-менеджерам формувати стратегії управління людським капіталом, що одночасно підтримують соціальний захист працівників, забезпечують їхню продуктивність і сприяють сталому розвитку організацій.

1.3 Методичні підходи до оцінювання ефективності програм добровільного медичного страхування

Оцінювання ефективності програм медичного страхування є складним міждисциплінарним процесом, що поєднує економічні, соціальні та управлінські аспекти. З точки зору HR-фахівця, ефективна система медичного страхування не лише впливає на здоров'я та добробут працівників, а й безпосередньо корелює з продуктивністю, мотивацією та утриманням персоналу в організації. Тому методика оцінювання таких програм повинна враховувати кілька ключових критеріїв: доступність, якість, фінансову стійкість та охоплення населення (табл. 1.4).

Критичний огляд підходів до оцінювання ефективності програм медичного страхування свідчить, що у науковій літературі найчастіше використовуються:

- економічний підхід (оцінка витрат, премій/виплат, рівня збитковості, фінансової стійкості та навантаження на бюджети);
- соціальний підхід (доступність, рівність доступу, захист від катастрофічних витрат, задоволеність отримувачів послуг);
- управлінський/організаційний підхід (якість сервісу, швидкість маршрутизації, прозорість процесів, контроль якості і запобігання шахрайству).

Кожен із підходів має обмеження: економічні показники не відображають соціального результату, а соціальні індикатори без фінансової складової не дають відповіді щодо стійкості програми. Тому в межах даної роботи доцільним є комплексний підхід, що поєднує соціальні, фінансово-економічні та управлінські критерії. Саме з цієї логіки обрано критерії доступності, якості, охоплення та фінансової стійкості, які надалі використовуються для аналізу українських програм та обґрунтування запропонованих заходів.

Таблиця 1.4 – Характеристика ключових критеріїв оцінювання ефективності програм медичного страхування

Критерій	Опис з HR-позиції	Практичне значення для управління персоналом
Доступність	Здатність працівників своєчасно та безперешкодно отримувати необхідну медичну допомогу, подолання географічних, адміністративних та фінансових бар'єрів.	Забезпечує своєчасне лікування та профілактику, зменшує прогалини у відвідуваності, підвищує психологічний комфорт і довіру працівників до організації.
Якість	Рівень професійності медичного персоналу, відповідність послуг сучасним клінічним стандартам, ефективність лікування та комплексність медичної підтримки.	Формує задоволеність працівників, зміцнює корпоративну культуру турботи про здоров'я, підвищує мотивацію та лояльність персоналу, покращує репутацію роботодавця.
Фінансова стійкість	Здатність системи страхування забезпечувати стабільне фінансування медичних послуг у довгостроковій перспективі, витримувати економічні коливання та забезпечувати своєчасні страхові виплати.	Гарантує стабільність соціальних гарантій, дозволяє ефективно планувати HR-пакети, підтримує психологічну впевненість та лояльність працівників.
Охоплення населення (персоналу)	Масштаб і рівень включення працівників до страхових програм, забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх категорій персоналу.	Сприяє зменшенню соціальної нерівності, формує корпоративну культуру турботи про здоров'я, підвищує мотивацію, залученість та продуктивність персоналу.

* Джерело: сформовано автором на основі даних джерел [13; 56]

Таблиця 1.5 – Операціоналізація критеріїв оцінювання ефективності програм медичного страхування

Критерій	Приклади показників (операціоналізація)	Джерела даних у роботі / де використовується
----------	---	--

Продовження таблиці 1.5

Доступність	Географічна доступність; швидкість отримання послуг/черги; частка відмов/складних кейсів; рівень співоплати/доплат; наявність мережі закладів	Нормативні документи; статистика НСЗУ; аналітика ринку ДМС; опис програм страховиків (Розд. 2)
Доступність	Географічна доступність; швидкість отримання послуг/черги; частка відмов/складних кейсів; рівень співоплати/доплат; наявність мережі закладів	Нормативні документи; статистика НСЗУ; аналітика ринку ДМС; опис програм страховиків (Розд. 2)
Якість	Задоволеність отримувачів; відповідність стандартам/протоколам; частота повторних звернень; скарги; якість сервісу асистансу (швидкість відповіді/врегулювання)	Звітність/аналітика НСЗУ; огляд страхових програм і сервісних механізмів; дані досліджень/опитувань (Розд. 2)
Охоплення	Частка населення/працівників, охоплених програмами; структура покриття (базове/додаткове); сегментація за регіонами/категоріями	Статистика ринку; дані НСЗУ; огляд корпоративного сегмента (Розд. 2)
Фінансова стійкість	Динаміка премій і виплат; рівень виплат/збитковості; фінансування ПМГ; співвідношення витрат і результатів; механізми фондів/перестрахування	Фінансово-економічні показники ринку та НСЗУ; аналіз реформ (Розд. 2); оцінка заходів (Розд. 3)
Соціально-економічний ефект (для Розд. 3)	Зниження тіньових платежів; зменшення втрат від непрацездатності; підвищення якості життя; вплив на продуктивність/утримання персоналу	Узагальнення розрахункових/аналітичних оцінок; логічне обґрунтування ефектів заходів (Розд. 3)

*Джерело: сформовано автором

Доступність медичних послуг визначається як здатність працівників своєчасно та безперешкодно отримувати необхідну медичну допомогу, незалежно від їхнього місця проживання, соціально-економічного статусу чи організаційних обмежень. Цей критерій охоплює подолання потенційних бар'єрів [61]:

- географічних – коли заклади охорони здоров'я розташовані на значній відстані від місця проживання або роботи;
- адміністративних – пов'язаних зі складними процедурами реєстрації, оформлення страхових випадків або направлень;
- фінансових – коли вартість медичних послуг перевищує можливості працівника.

Для фахівців у сфері управління персоналом доступність медичних послуг є критичною складовою стратегічного управління здоров'ям і благополуччям працівників. Високий рівень доступності забезпечує своєчасне звернення за медичною допомогою, сприяє зниженню рівня хворобності та скороченню прогалин у відвідуваності робочого часу. Крім того, доступність формує позитивний психологічний клімат у колективі, підвищує рівень довіри до роботодавця та стимулює залученість персоналу.

З точки зору HR, ефективна політика щодо забезпечення доступності медичних послуг створює передумови для підтримки здорового і продуктивного робочого середовища. Це, у свою чергу, підвищує організаційну ефективність, зменшує ризики втрати ключових кадрів та сприяє формуванню корпоративної культури, орієнтованої на турботу про здоров'я та соціальне благополуччя співробітників [13].

Якість медичних послуг є ключовим показником ефективності будь-якої програми медичного страхування та безпосередньо впливає на здоров'я, продуктивність і мотивацію працівників. Вона визначається не лише результатами лікування, але й рівнем компетентності медичного персоналу, дотриманням сучасних клінічних стандартів, а також здатністю медичних закладів забезпечувати пацієнтам комплексну та своєчасну допомогу.

Якість медичних послуг є стратегічним фактором формування корпоративної цінності організації. Високий рівень якості сприяє підвищенню задоволеності працівників, зміцненню довіри до роботодавця та створенню відчуття соціальної підтримки. Працівники, які мають доступ до високоякісних медичних послуг, відчують турботу з боку організації, що безпосередньо впливає на їхню лояльність, залученість та готовність ефективно виконувати свої обов'язки.

Крім того, якісна медична підтримка підвищує репутаційний капітал організації на ринку праці, роблячи її привабливим роботодавцем для потенційних кандидатів. У HR-практиці це означає, що інвестиції в програми страхування високої якості не лише забезпечують здоров'я персоналу, а й створюють умови для стійкого розвитку людського капіталу та зміцнення корпоративної культури, орієнтованої на турботу про добробут співробітників [13].

Фінансова стійкість програми медичного страхування визначає її здатність забезпечувати безперервне і надійне фінансування медичних послуг у довгостроковій перспективі. Вона включає здатність системи витримувати коливання економічного середовища, забезпечувати своєчасні виплати страхових компенсацій і підтримувати високий рівень обслуговування працівників навіть за умов непередбачуваних витрат.

Фінансова стійкість є критично важливою для створення передбачуваного та безпечного соціального середовища для персоналу. Надійна страхова програма забезпечує працівникам упевненість у тому, що вони та їхні родини зможуть отримати необхідну медичну допомогу в будь-який момент, що значно знижує рівень стресу та підвищує психологічний комфорт на робочому місці [13].

Для підприємства фінансова стійкість означає оптимальне співвідношення між витратами на страхування та ефективністю інвестицій у людський капітал. Вона дозволяє HR-фахівцям планувати соціальні програми та пакети медичного страхування таким чином, щоб вони були стабільними, прозорими та справедливими для всіх працівників. Надійне фінансування страхових програм також сприяє збереженню ключових співробітників, підвищує їхню мотивацію та лояльність до організації.

Охоплення населення у контексті медичного страхування визначає масштаб і рівень включення працівників до страхових програм, забезпечуючи рівний доступ до медичних послуг для всіх категорій персоналу незалежно від посадового рівня, стажу або соціально-економічного статусу. У HR-практиці цей показник є ключовим для забезпечення справедливості та рівності в організації, формування відчуття соціальної захищеності та довіри серед співробітників.

Високий рівень охоплення персоналу медичними послугами дозволяє:

- запобігти дискримінації за ознакою доходу або займаної посади;
- зменшити нерівність у доступі до медичного обслуговування;
- підтримати соціальну згуртованість у колективі.

Для HR-фахівця це є стратегічним фактором: коли всі працівники мають доступ до страхових програм, знижується ризик конфліктів, підвищується рівень задоволеності роботою та зміцнюється корпоративна культура, орієнтована на турботу про здоров'я та добробут персоналу.

Крім того, високий рівень охоплення сприяє ефективному управлінню людським капіталом, адже працівники, які впевнені у соціальному захисті та доступі до якісної медичної допомоги, демонструють вищий рівень мотивації, продуктивності та лояльності до організації. Це також підвищує репутаційний капітал компанії на ринку праці та робить її привабливим роботодавцем для потенційних кандидатів.

Методичне оцінювання ефективності програм медичного страхування здійснюється шляхом побудови інтегрованих показників для кожного критерію, які дозволяють об'єктивно вимірювати ефективність програми та співвідношення між витратами організації та користю для працівників. Результати цих показників інтегруються у систему ключових показників ефективності (KPI), що дозволяє здійснювати регулярний моніторинг, виявляти тенденції, оцінювати ризики та приймати своєчасні управлінські рішення [61].

HR-фахівець у цьому процесі використовує низку практичних інструментів. Серед них [61]:

- опитування працівників, що дозволяє визначити рівень задоволеності страховою програмою та виявити проблемні зони;
- аналіз фінансових показників, що дає змогу оцінити економічну ефективність програми та її вплив на бюджет організації;
- статистика звернень за медичною допомогою, яка відображає фактичне використання послуг та своєчасність надання допомоги;
- оцінка якості наданих медичних послуг, що дозволяє визначити відповідність стандартам і рівень професійності медичного персоналу.

Застосування такого комплексного підходу дозволяє HR-фахівцям не лише оцінювати поточну ефективність програм медичного страхування, а й розробляти рекомендації щодо їхнього вдосконалення. Це сприяє підвищенню задоволеності персоналу, зміцненню довіри до організації та формуванню корпоративної культури, орієнтованої на турботу про здоров'я та соціальний добробут працівників.

На практиці методичне оцінювання включає кілька етапів [61]:

1. Визначення цілей і завдань оцінювання, які відповідають стратегічним цілям організації та політиці HR у сфері охорони здоров'я.
2. Побудова комплексних показників для кожного критерію, інтеграція їх у систему ключових показників ефективності (КПІ), що дозволяє оцінювати не лише фінансову, але й соціальну ефективність програми.
3. Збір та аналіз даних, що здійснюється за допомогою опитувань працівників, моніторингу звернень за медичною допомогою, аналізу фінансових витрат на страхування та оцінки якості наданих послуг.
4. Інтерпретація результатів та розробка рекомендацій, спрямованих на оптимізацію страхових пакетів, підвищення задоволеності працівників та зміцнення корпоративної соціальної відповідальності.

Особливе значення у методичному підході надається інтеграції оцінювання в HR-практику, що дозволяє не лише аналізувати ефективність існуючих програм, а й використовувати отримані дані для стратегічного управління людським капіталом. Це передбачає планування програм медичного страхування з

урахуванням потреб персоналу, підтримку корпоративної культури турботи про здоров'я та соціальне благополуччя працівників, а також забезпечення стійкого розвитку організації в цілому.

Інтеграція ключових критеріїв ефективності медичного страхування у практику управління персоналом є стратегічним інструментом, який дозволяє не лише оцінювати поточну ефективність існуючих програм, а й системно покращувати їхній вплив на добробут працівників та організаційну культуру. Такий підхід передбачає комплексний аналіз доступності, якості, фінансової стійкості та охоплення персоналу, що дає змогу визначати сильні та слабкі сторони програми, а також формувати обґрунтовані рекомендації щодо оптимізації пакетів страхових послуг [61].

З точки зору HR, інтеграція цих критеріїв сприяє підвищенню задоволеності працівників та формуванню відчуття соціальної підтримки, що є ключовим фактором мотивації, залученості та лояльності персоналу. Працівники, які бачать турботу роботодавця про їхнє здоров'я та доступ до високоякісних медичних послуг, демонструють вищий рівень продуктивності та готовності брати активну участь у житті організації.

Крім того, системне оцінювання ефективності медичних страхових програм є важливим інструментом для формування корпоративної соціальної відповідальності. Воно дозволяє організації демонструвати турботу про здоров'я та добробут працівників, що позитивно впливає на репутацію компанії, підвищує її привабливість на ринку праці та зміцнює довгострокові взаємини з персоналом.

Отже, методичне оцінювання ефективності медичних страхових програм виступає потужним механізмом стратегічного HR-управління, який поєднує інтереси працівників і організації, забезпечує сталий розвиток людського капіталу та формує здорове, мотивоване й залучене робоче середовище.

Таким чином страхування виступає багатофункціональним інструментом соціального захисту та управління персоналом, який одночасно забезпечує фінансову стабільність, захист прав громадян і підтримку здоров'я працівників. Аналіз існуючих наукових підходів і моделей демонструє, що обов'язкове та

добровільне страхування доповнюють один одного, забезпечуючи базову безпеку та можливість персоналізації медичних послуг. Вибір конкретної моделі організації залежить від балансу між доступністю, якістю та економічною ефективністю, а також від стратегічних цілей роботодавця щодо розвитку людського капіталу.

Міжнародний досвід організації програм медичного страхування показує різноманітність моделей, які забезпечують соціальний захист працівників та підвищують їхню продуктивність. Приватні, обов'язкові та змішані системи дозволяють поєднувати універсальний доступ до базових послуг із можливістю персоналізації корпоративних програм. Для HR-фахівців використання цих практик є інструментом підвищення мотивації, залученості та лояльності персоналу, формування соціально відповідальної корпоративної культури та зміцнення конкурентних переваг організації.

Методичне оцінювання ефективності програм медичного страхування є комплексним інструментом, який поєднує економічні, соціальні та управлінські аспекти та дозволяє системно аналізувати вплив страхових програм на персонал і організацію в цілому. Використання ключових критеріїв (доступності, якості, фінансової стійкості та охоплення працівників) забезпечує об'єктивну оцінку ефективності програм і формує передумови для стратегічного управління людським капіталом. Інтеграція результатів оцінювання у HR-практику дозволяє підвищити задоволеність, мотивацію та лояльність персоналу, зміцнити корпоративну культуру турботи про здоров'я, оптимізувати страхові пакети та підвищити соціальну відповідальність організації.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Нормативно-правове забезпечення розвитку добровільного медичного страхування в Україні

Розвиток системи медичного страхування в Україні є багатограним та тривалим процесом, що відбувається в контексті глибоких соціально-економічних трансформацій, які зумовлені переходом держави від централізованої моделі фінансування охорони здоров'я до поєднання бюджетних та страхових механізмів. Як частина загальнонаціональної соціальної реформи, цей процес одночасно являє собою рівень, на якому перетинаються інтереси держави, суспільства, роботодавців та працівників. Тому аналіз нормативно-правової бази у сфері медичного страхування вимагає не лише правового, а й гуманістичного, міждисциплінарного підходу.

Варто зазначити, що в Україні, на відміну від більшості європейських країн, де система медичного страхування є основою охорони здоров'я, тривалий час ключовою була бюджетна модель фінансування. Дана модель закріплена в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. Він передбачав гарантоване державне фінансування медичних закладів, насамперед виходячи з принципу утримання інфраструктури, а не на кількості та якості наданих послуг [3]. За цієї моделі механізми страхування залишалися нерозвиненими протягом десятиліть, а відповідальність роботодавців за здоров'я своїх працівників по суті обмежувалася лише декларацією.

Накопичення системних проблем, зокрема відсутність прозорих механізмів фінансування, низька оплата праці медичного персоналу, нерівний доступ до медичних послуг та зростаюча потреба роботодавців у здорових працівниках, зумовили необхідність проведення реформ. Поворотним моментом стало прийняття Закону України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні

фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Даний нормативно-правовий акт запровадив концепцію «гроші йдуть за пацієнтом» та фактично наблизив українську модель до страхових підходів, хоча й не сформував традиційної системи соціального медичного страхування [4].

З точки зору управління людськими ресурсами, ці законодавчі зміни започаткували нову парадигму взаємодії між працівниками та роботодавцями, в якій сприяння фізичному та психічному здоров'ю працівників набуло стратегічного значення. Здорові працівники забезпечують стабільність виробничих процесів, зменшують плинність кадрів та витрати, пов'язані з прогулами, що підтверджується дослідженнями Міжнародної організації праці. У цьому контексті медичне страхування виявляється не лише формою соціального забезпечення, але й інструментом управління, який посилює соціальну відповідальність роботодавців, зміцнює корпоративну культуру та сприяє стабільності робочої сили.

Реформу системи медичного страхування необхідно розуміти як процес, який складається з кількох взаємопов'язаних етапів, кожний із яких супроводжується змінами в законодавстві, інституційній структурі та механізмах фінансування.

Перший етап, який охоплював 1990-ті та 2000-ті роки, характеризувався активними спробами запровадити обов'язкове медичне страхування на законодавчому рівні. Однак ці ініціативи зазнали невдачі через відсутність координації між гілками влади та слабку економічну базу держави. Зокрема, між 2001 і 2009 роками до Верховної Ради було внесено понад десять законопроектів про обов'язкове соціальне медичне страхування, жоден з яких не набрав чинності.

Другий етап розпочався після Революції Гідності (2014 р.), коли реформа охорони здоров'я стала частиною порядку денного європейської інтеграції. У цей період виникла концепція реформи фінансування охорони здоров'я (2016 р.), яка передбачала перехід до договірних відносин між державою, закладами охорони здоров'я та пацієнтами. Цей документ став основою для прийняття вищезгаданого Закону № 2168-VIII та створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка виконує функції державного медичного страховика. З гуманістичної та пацієнтоорієнтованої точки зору НСЗУ приділяла більше уваги якості медичних

послуг, умовам праці медичного персоналу та відповідальності закладів охорони здоров'я перед пацієнтами, що повністю відповідало світовим тенденціям до пацієнтоорієнтованих систем охорони здоров'я. Договірний принцип, запроваджений Національним фондом медичного страхування України, стимулював заклади охорони здоров'я інвестувати в персонал, його навички, мотиваційні програми та професійний розвиток, оскільки якість роботи, виконаної медичними працівниками, безпосередньо впливала на рівень фінансування, яке вони отримували [4].

Третій етап реформування (2018-2023 рр.) характеризується активним формуванням нормативно-правової бази, в рамках якої було запроваджено Програму медичних гарантій (ПМГ). Ця програма стала центральним механізмом фінансування державного страхування. Цей етап був підкріплений низкою нормативних актів, що встановлюють порядок реалізації ПМГ, тарифну структуру на медичні послуги, вимоги до постачальників, орієнтовані на пацієнта стандарти та кадрові критерії. Особливе значення в цьому контексті має Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 410 «Про затвердження Порядку реалізації Державної програми гарантій медичного обслуговування населення». Це рішення закріпило основні механізми фінансування, засновані на принципі «гроші ходять за пацієнтом», та дало змогу медичним закладам стати автономними, перейшовши до статусу комунальних некомерційних підприємств (КНП) [8].

З точки зору управління людськими ресурсами, автономія перетворилася на структурний фактор, який змінив логіку управління персоналом у закладах охорони здоров'я. Якщо до реформи кадрова політика охорони здоров'я базувалася на централізованих регуляторних принципах, то після переходу до Плану знань та національності (ПЗН) керівники отримали можливість самостійно створювати плани персоналу, встановлювати рівні заробітної плати, встановлювати стимули та визначати критерії професійної діяльності. Це проклало шлях для нових підходів до управління персоналом, зосереджених на оцінці компетенцій, підвищенні продуктивності, розвитку талантів та створенні позитивного соціально-психологічного робочого середовища.

Водночас, ПМГ призвела до розробки збалансованої нормативно-правової бази, що регулює кадрове забезпечення та професійний розвиток медичного персоналу. Рішення, директиви Міністерства охорони здоров'я, галузеві стандарти та клінічні протоколи стали не лише медичними документами, а й інструментами для визначення вимог щодо кваліфікації, відповідальності та етичної поведінки медичного персоналу. Зокрема, Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 серпня 2011 року № 1422 «Про затвердження Єдиного переліку кваліфікацій для працівників» визначає вимоги до рівня професійної підготовки, компетенцій, кваліфікаційних категорій та посадових функцій медичного персоналу, формуючи таким чином основу кадрової політики в реформованій системі [11].

Особливу увагу варто звернути на вплив реформи системи медичного страхування на розвиток соціально-трудоих відносин між роботодавцями, державою та працівниками. Медичне страхування як інструмент соціального забезпечення докорінно змінило розуміння людського капіталу, наголошуючи на його збереженні та розвитку не лише як економічної категорії, а й як гуманістичної цінності. У цьому контексті роботодавці більше не розглядаються лише як формальні надавачі робочих місць, а як активні учасники сприяння фізичному та психічному благополуччю своїх працівників, що відповідає сучасним тенденціям в ESG-менеджменту та принципам корпоративної соціальної відповідальності.

Подальший розвиток правової бази, особливо після початку всеохоплюючої агресії Російської Федерації проти України у 2022 році, мав на меті забезпечити сталість системи охорони здоров'я та розширити гарантії для найбільш вразливих груп населення. Законом України від 1 липня 2022 року № 2347-IX було внесено зміни до порядку фінансування військово-медичної служби (ВМС) та розширено пакети послуг, особливо у сферах реабілітації, психологічної підтримки та відновлення працездатності постраждалих внаслідок військових дій [11]. Ці зміни є суттєвими для кадрових питань, оскільки стосуються підтримки працівників, які страждають від захворювань чи травм, пов'язаних зі стресом, або потребують тривалої реабілітації. Це робить актуальними заходи реінтеграції, адаптивне управління та правове гарантування безпечних умов праці.

Варто відмітити, що за умов воєнного стану медичне страхування набуло нового значення, оскільки здоров'я працівників стало фактором національної безпеки. У цьому контексті українське законодавство активно почало впроваджувати стандарти, спрямовані на зміцнення психологічної стійкості населення, створення мережі реабілітаційних центрів, розширення можливостей відшкодування витрат для військовослужбовців та працівників критичної інфраструктури, а також впровадження сучасних моделей медичного страхування для компаній, що забезпечують обороноздатність держави. Загалом, нормативно-правова база медичного страхування в Україні розвивалася поступово, реагуючи на соціально-економічні, політичні та безпекові виклики. Однак усі етапи реформування мали спільну мету, яка полягала у переході від централізованої бюджетної моделі до такої, що враховує принципи страхового фінансування, універсального доступу до високоякісних послуг, відповідальності роботодавця за здоров'я працівників та гуманізацію кадрової політики в медичних закладах та компаніях інших секторів.

Четвертий і завершальний етап розробки нормативно-правової бази медичного страхування в Україні пов'язаний з розробкою концепції майбутньої моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС). Хоча ця модель ще перебуває на стадії розробки, вона вже окреслює чіткі орієнтири. Інституційною основою для цього етапу став проект стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, підготовлений Міністерством охорони здоров'я у 2022-2023 роках, який передбачає впровадження соціально орієнтованих механізмів страхування. Згідно з документом, Україна переходить до змішаної моделі фінансування, за якої держава покриває базовий пакет послуг, тоді як роботодавці та громадяни можуть оформлювати додаткові страхові програми. З точки зору сучасного управління людськими ресурсами, саме ця модель відкриває нові можливості для розвитку добровільних програм медичного страхування, що спонсоруються компаніями, які вже активно впроваджуються великими корпораціями, банками, ІТ-компаніями та міжнародними галузевими асоціаціями.

На сучасному етапі в Україні добровільне медичне страхування регулюється Законом № 85/96-ПР «Про страхування» від 7 березня 1996 року. Цей закон визначає медичне страхування як форму особистого страхування, що передбачає відшкодування витрат, пов'язаних з користуванням медичними послугами. Хоча роботодавці ще не зобов'язані юридично пропонувати своїм працівникам страхові програми, сучасні події на ринку праці та конкуренція за кваліфікованих працівників призводять до зростання використання добровільного медичного страхування як інструменту нематеріальної мотивації та покращення позитивного іміджу роботодавця [2].

Важливим аспектом також є створення правових механізмів, що регулюють взаємодію між роботодавцями та працівниками щодо медичного страхування та охорони праці. Закон України № 2694-XII «Про охорону праці» зобов'язує роботодавців створювати безпечні умови праці, пропонувати профілактичні медичні огляди та вживати заходів щодо запобігання професійним захворюванням. Хоча закон безпосередньо не вимагає від роботодавців фінансувати витрати на лікування своїх працівників, законодавець чітко наголошує на їхній відповідальності за психофізіологічне благополуччя робочої сили, що концептуально сумісно з майбутньою системою обов'язкового медичного страхування [5].

У сучасній практиці управління персоналом тема управління здоров'ям на робочому місці розглядається набагато комплексніше, ніж суто медична допомога. Вона включає, серед іншого, такі складові: системи психологічної підтримки працівників; програми запобігання вигоранню; гнучкий робочий графік для зниження ризику перевтоми; заходи щодо поєднання роботи та сімейного життя; системи управління плинністю кадрів через хвороби та стрес; створення безпечного соціально-психологічного робочого середовища. В даному контексті реформа медичного страхування має не лише юридичний чи фінансовий вимір, а й глибоко гуманістичний характер, що охоплює підвищення цінності людського життя, гідності, індивідуальних потреб працівника та турботу про нього як важливий ресурс організації.

Аналізуючи нормативно-правову базу реформ медичного страхування, слід наголосити, що, незважаючи на значний прогрес, законодавство все ще має прогалини. До них належать відсутність єдиного закону про обов'язкове медичне страхування, складність інтеграції страхових механізмів у систему фінансування охорони здоров'я, обмежені стимули для роботодавців до впровадження страхових програм, що спонсоруються компаніями, та відсутність законодавчого регулювання щодо пільг на психічне здоров'я. Однак, незважаючи на ці виклики, реформа сформувала підґрунтя, яке дозволяє поступово впроваджувати передові підходи до управління персоналом для підтримки здоров'я працівників, особливо з огляду на поточні кризи.

Таким чином, нормативно-правова база реформи медичного страхування в Україні еволюціонувала від декларативних зусиль до системних структурних реформ, що охоплюють фінансові, організаційні, інституційні та кадрові аспекти. Сучасна модель являє собою проміжний етап між централізованою бюджетною системою та комплексною системою страхування. Подальший розвиток законодавства має базуватися на принципах соціальної орієнтації, універсального доступу, державно-приватного партнерства, пріоритетності людського капіталу, поваги до прав працівників та гуманізації управлінських процесів.

2.2. Сучасний стан ринку та фінансово-економічні показники діяльності страховиків у сфері ДМС

Медичне страхування в Україні виступає одним із ключових інструментів соціального захисту населення, що має значний потенціал для забезпечення громадян доступом до необхідних медичних послуг та одночасного зменшення їх фінансового навантаження у разі виникнення хвороби або потреби в медичному втручанні (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Ефективність запроваджених програм медичного страхування в Україні*

Напрямок	Основні зміни	Ефект для HR-менеджменту
----------	---------------	--------------------------

Продовження таблиці 2.2

Фінансово-економічний	– Впровадження ПМГ. – Договірна модель фінансування. – ЕСОЗ.	– Забезпечення ефективного використання ресурсів. – Підвищення довіри пацієнтів до системи.
Якість та доступність послуг	– Розширення пакетів послуг; впровадження телемедицини. – Стандартизація процесів.	– Рівний доступ до медичних послуг. – Покращення обслуговування, соціальна справедливість.
HR-менджмент	– Автономія закладів. – Плани кадрового розвитку. – Мотиваційні програми. – Підвищення кваліфікації. – Психологічна підтримка	– Підвищення професійного розвитку та продуктивності персоналу. – Зменшення вигорання. – Розвиток людського капіталу
Соціальний	– Інтеграція програм медичного страхування у соціальну підтримку. – Взаємодія з роботодавцями	– Збереження здоров'я вразливих груп населення; – Зміцнення соціальної відповідальності роботодавців.
Виклики та проблеми	– Регулювання ресурсів та кадрових потреб. – Стрес медичного персоналу. – Регіональні диспропорції.	– Потреба в додаткових HR-стратегіях. – Інвестиціях у розвиток персоналу та стабілізації кадрового потенціалу.

*Джерело: сформовано автором

Сьогодні вітчизняний ринок медичного страхування орієнтований переважно на добровільні форми страхування (ДМС), що пояснюється відсутністю повноцінно функціонуючого механізму обов'язкового медичного страхування (ОМС) та нерозвиненістю нормативно-правової бази для його широкого впровадження.

Добровільні програми страхування здоров'я передбачають комплексне покриття медичних витрат, що виникають у зв'язку із захворюванням, хірургічним втручанням, необхідністю проведення профілактичних обстежень або

довготривалого лікування, і реалізуються через страхові компанії, які мають відповідні ліцензії та підлягають державному контролю. Такі програми, залежно від умов договору, можуть включати як базові медичні пакети з обмеженим набором послуг, так і розширені пакети, що передбачають доступ до приватних медичних установ, спеціалізованих процедур, діагностичних обстежень та високовартісного лікування.

Крім того, добровільне медичне страхування створює стимули для підвищення якості надання медичних послуг, оскільки страхові компанії прагнуть оптимізувати витрати та забезпечити належний рівень обслуговування застрахованих клієнтів, що у свою чергу сприяє розвитку конкурентного середовища на ринку медичних послуг і стимулює інновації у сфері охорони здоров'я.

Аналіз даних ринку програм медичного страхування України за період 2020-2024 років вказує на динамічне зростання сегмента добровільного медичного страхування (ДМС) та поступове підвищення його ролі в структурі non-life страхування. Частка health-страхування (медичного страхування) у структурі non-life у 2024 році зросла 23 % у 2024 (рис. 2.1). Така динаміка свідчить про поступове зростання попиту на медичне страхування, як серед корпоративних клієнтів, так і серед фізичних осіб [22].

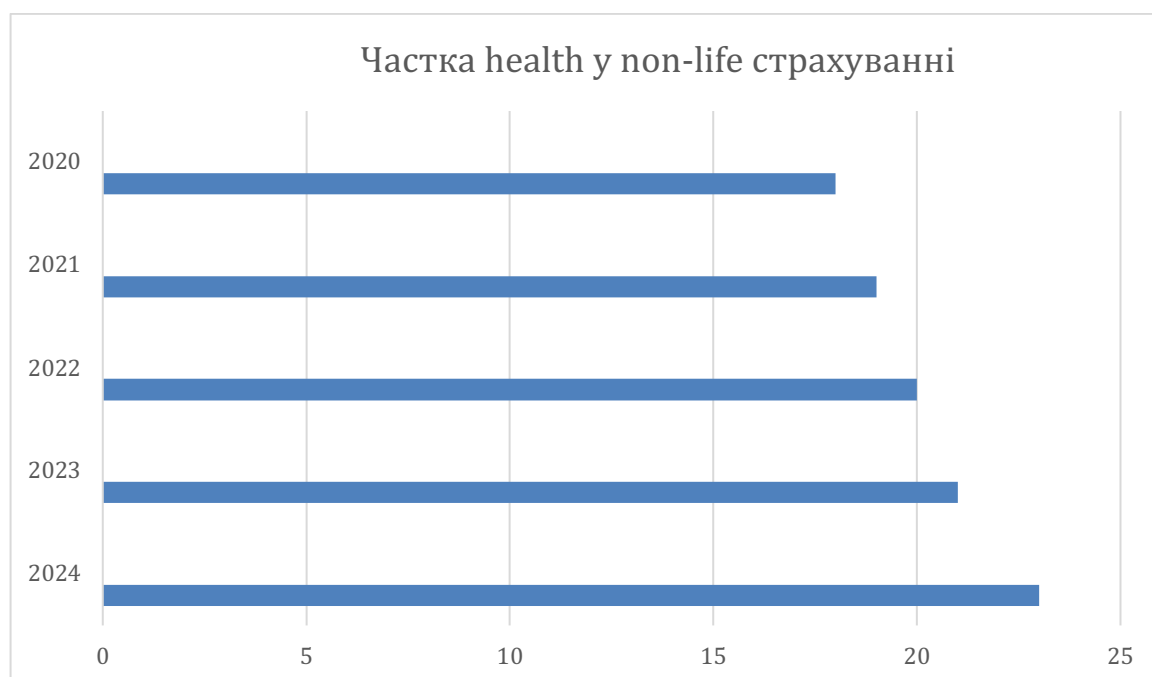


Рисунок 2.1 – Динаміка частки програм медичного страхування у non-life протягом 2020-2024 років, %*

*Джерело: сформовано автором на основі даних джерел [40; 22]

Динаміка номінальних страхових премій між 2020 та 2024 роками характеризується стійкою тенденцією до їх зростання. Такі зміни відображають як зростання попиту на страхові продукти, так і зростання частки сегмента корпоративних клієнтів, а також зростання вартості медичних послуг, що покриваються страховкою.

Таблиця 2.3 – Динаміка номінальних та реальних страхових премій та виплат на ринку ДМС у 2020-2024 рр., тис. грн*

Показник	2020	2021	2022	2023	2024
Страхові премії	4552254	5476151	4344624	5420880	6524024
Страхові виплати	2445946	3108819	2370548	2934908	4067733
Реальні премії	2012794	2244021	1452156	1727250	1877818
Реальні виплати	1081483	1273934	792337	935147	1170820

*Джерело: сформовано автором на основі даних джерел [10, С. 444]

За даними, наведеними в таблиці 2.3 2020 році обсяг страхових премій становив 4 552 254 тис. грн., а у 2024 році він зріс до 6 524 024 тис. грн. Водночас у 2022 році було зафіксовано значне зниження премій до 4 344 624 тис. грн, що стало результатом складних наслідків економічної та соціальної нестабільності, спричиненої військовими діями та зниженням купівельної спроможності

населення, що тимчасово обмежило активність на ринку. До 2023-2024 року премії вже відновилися та перевищили докризовий рівень, що свідчить про поступову стабілізацію ринку та адаптацію страхових компаній до нових економічних умов.

Номінальні страхові премії продемонстрували прискорену тенденцію зростання порівняно із загальними преміями протягом аналізованого періоду. Це свідчить про більшу економічну ефективність страхових програм, збільшення кількості страхових випадків та зростання вартості медичних послуг. У 2020 році премії склали 2 445 946 тис. грн. та досягли 4 067 733 тис. грн. у 2024 році, що становить збільшення на 66,3%. Водночас найнижчий рівень премій у 2022 році (2 370 548 тис. грн.) корелює зі зниженням рівня зайнятості застрахованих осіб та обмеженнями в медичному обслуговуванні внаслідок надзвичайного стану. Відновлення у 2023-2024 роках характеризується значним збільшенням виплат премій, що зазначає про розширення страхового покриття та адаптацію страхових компаній до підвищеного ризику [22].

Аналіз реальних страхових премій дозволяє точніше оцінити динаміку ринку та їх економічну доцільність. У 2020 році реальні страхові премії становили 2 012 794 тис. грн, а до 2024 року вони зменшились до 1 877 818 тис. грн., що на 6,7% менше від базового рівня. Найбільш різке зниження було зафіксовано у 2022 році (1 452 156 тис. грн.), що відображає одночасний вплив інфляції та економічної кризи внаслідок повномасштабного вторгнення на здатність страхувальників сплачувати свої страхові внески. Незважаючи на відновлення реальних страхових премій у 2023-2024 роках, їх рівень залишався нижчим, ніж у 2020 році. Така динаміка свідчить про те, що номінальне зростання страхових премій було значною мірою компенсовано інфляцією [22].

Реальні страхові внески демонстрували аналогічну тенденцію. З показника 1 081 483 тис. грн. у 2020 році вони зменшилися до 792 337 тис. грн у 2022 році та зросли до 1 170 820 тис. грн до 2024 року. Дана тенденція свідчить про більшу економічну ефективність страхових програм, розширення спектру послуг, що покриваються обов'язковим медичним страхуванням (ДМС), включаючи

реабілітаційні, психологічні та стоматологічні послуги, та збільшення використання цих послуг застрахованими особами [22].

В контексті огляду існуючих програм медичного страхування важливо проаналізувати фінансово-економічні показники провідних страхових компаній на ринку (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування за 9 місяців 2025 року*

Місце	Страхова компанія	Премії, тис. грн	Виплати, тис. грн
1	УНІКА	1 310 834	752 561
2	БУСО	698 750	418 296
3	ІНГО	678 414	487 329
4	UNIVERSALNA	655 092	362 163
5	ТАС СГ	552 406	280 335
6	ARX	433 613	208 887
7	УСГ	340 326	216 020
8	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	267 448	176 716
9	PZU УКРАЇНА	229 148	185 077
10	КНЯЖА	182 277	106 357

*Джерело: сформовано автором на основі даних джерел [31]

За даними, наведеними в таблиці 2.4 за 9 місяців 2025 року СК УНІКА лідирує за страховими преміями з 1 310 834 тис. грн та виплатами на загальну суму 752 561 тис. грн. Це свідчить про велику активну клієнтську базу та широку мережу страхових програм, зокрема у секторі медичного страхування. СК БУСО (698 750 тис. грн премій, 418 296 тис. грн виплат) та СК ІНГО (678 414 тис. грн премій, 487 329 тис. грн виплат) посідають друге та третє місця відповідно, демонструючи високий ступінь стабільності та фінансову спроможність виконувати свої страхові зобов'язання [31].

СК УНІКА лідирує за страховими преміями з 1 310 834 тис. грн у звітному періоді та виплатами на загальну суму 752 561 тис. грн. СК UNIVERSALNA та ТАС СГ зберігають свої стабільні позиції в рейтингу зі страховими преміями у розмірі 655 092 тис. грн. та 552 406 тис. грн. відповідно, а також виплатами у розмірі 362

163 тис. грн та 280 335 тис. грн. Така динаміка зазначає про ефективну політику управління ризиками та достатню ліквідність для виконання страхових зобов'язань перед страхувальниками [31].

Серед інших учасників ТОП-10 заслуговують на особливу увагу СК ARX, СК УСГ, СК АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ, СК PZU УКРАЇНА та СК КНЯЖНА. Незважаючи на менші обсяги премій порівняно з лідерами ринку, вони можуть похвалитися високими показниками виплат, що підкреслює їхню клієнтоорієнтацію в секторі медичного страхування. Зокрема, СК PZU УКРАЇНА з преміями на загальну суму 229 148 тис. грн. та виплатами 185 077 тис. грн. демонструє високий рівень відшкодування та довіру клієнтів до своїх страхових продуктів [31].

Аналіз співвідношення премій до виплат у десяти найбільших страхових компаніях свідчить про те, що вони мають стабільні грошові потоки, своєчасно виконують свої страхові зобов'язання та ефективно впроваджують програми медичного страхування. Така динаміка дозволяє стверджувати про існування стабільності на українському ринку медичного страхування, розвиток страхових продуктів та здатність компаній оперативно відшкодовувати витрати.

Розвиток ринку добровільного медичного страхування (ДМС) для корпоративних клієнтів є важливим фактором підвищення соціальної захищеності працівників та стимулювання корпоративної відповідальності бізнесу. У 2025 році за результатами конкурсу у номінації «Найкращий продукт страхової компанії: ДМС для бізнесу» було визначено трійку лідерів: СК UNIVERSALNA, СК УНІКА та СК АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ (Табл. 2.5).

Ключовими параметрами оцінки програм ДМС є вартість страхового пакета, широта мережі медичних установ, оперативність надання медичних послуг та фінансова стабільність страховика. У 2025 році СК UNIVERSALNA пропонує стабільний ціновий діапазон річного пакета – від 8 тис. до 55 тис. грн у Києві та від 4,8 тис. до 55 тис. грн по Україні, що робить її привабливою для середніх та великих підприємств, орієнтованих на високий рівень сервісу. СК УНІКА забезпечує значно ширший діапазон цін – від 2,3 тис. до 75,2 тис. грн, що дозволяє адаптувати

пакет до бюджету та потреб підприємства, від мінімального до преміального. СК АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ пропонує найдоступніший мінімальний рівень пакета – від 1,4 тис. грн. до 50 тис. грн, що робить її конкурентоспроможною для малих підприємств, проте з меншими сервісними перевагами [37].

Таблиця 2.5 – Найкращі програми ДМС для бізнесу у 2025 році*

Страхова компанія	Вартість пакета, грн/рік	Кількість медичних установ	Середній час організації допомоги	Середній термін отримання медикаментів
UNIVERSALNA	Київ: 8 000-55 000; Україна: 4 800-55 000	13 090	20 хв-1 год	20 хв-1 год
УНІКА	Київ/Україна: 2 300-75 200 (залежно від наповнення)	13 033	до 1 год	до 3 год
АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	Київ/Україна: 1 400-50 000 (залежно від наповнення)	12 000	2-3 год	1 год

*Джерело: сформовано автором на основі даних джерел [37]

За даними, наведеними в таблиці, на сучасному етапі, страхові компанії UNIVERSALNA та УНІКА співпрацюють з понад 13 000 медичних закладів, що забезпечує комплексне покриття та гарантує медичне обслуговування працівників у різних регіонах країни. Страхова програма СК АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ, навпаки, охоплює 12 000 медичних закладів, пропонуючи таким чином хороше покриття. Однак у віддалених районах доступність закладів обмежена, що може вплинути на ефективність надання послуг [37].

Аналіз показників обслуговування виявляє суттєві відмінності між страховиками. СК UNIVERSALNA організовує медичну допомогу та видачу ліків в середньому протягом від 20 хвилин до однієї години, тим самим відповідаючи

високим стандартам ефективності обслуговування корпоративних клієнтів. СК УНІКА надає допомогу протягом однієї години, але видача ліків може тривати до трьох годин, що вказує на певні часові обмеження в обслуговуванні. Страхова програма АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ характеризується довшим часом реагування: організація медичної допомоги займає дві-три години, а видача ліків – одну годину. Це обмежує швидкість реагування на запити страхувальників [37].

З точки зору фінансової та економічної стабільності, дані фінансового звіту за 2025 рік свідчать про високу платоспроможність та прибутковість АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ. Це забезпечує надійне виконання страхових зобов'язань та стабільність діяльності. Незважаючи на лідируючі позиції за показниками обслуговування, СК UNIVERSALNA більше інвестує в розширення мережі медичних закладів та покращення якості обслуговування. Ці інвестиції відображаються у фінансових показниках як постійні витрати на розвиток. Така стратегія дозволяє компанії не лише підтримувати високий рівень обслуговування, але й розвивати потенціал для подальшого зміцнення конкурентних позицій на ринку корпоративного медичного страхування.

Таким чином, проведений аналіз діючих програм добровільного медичного страхування та їх фінансово-економічних показників дозволяє констатувати поступове зростання ролі ДМС на українському страховому ринку. Провідні страховики демонструють різні підходи до формування страхових продуктів. Та здатність ефективно виконувати страхові зобов'язання, що підтверджує стабільність ринку та зростаючу довіру корпоративних клієнтів. Загалом, зазначені тенденції свідчать про те, що добровільне медичне страхування не тільки забезпечує соціальний захист працівників, а й виступає ефективним інструментом HR-менеджменту, що сприяє розвитку конкурентного середовища та стимулює інновації у сфері охорони здоров'я.

2.3. Оцінювання ефективності діючих програм добровільного медичного страхування

Запровадження нової моделі державного медичного страхування у 2018 році, що базується на принципі «ресурси йдуть за пацієнтом», стало одним із

найкомплексніших та найсистемніших кроків у трансформації національної системи охорони здоров'я України. Цей крок являв собою радикальний перехід від моделі фінансування «підтримки потужностей», за якої кошти розподілялися закладам незалежно від обсягу та якості наданих послуг, до підходу, орієнтованого на результат [26]. Такий підхід сприяє ефективності, посилює підзвітність медичних закладів та персоналу, а також встановлює прозорі механізми розподілу державних ресурсів.

Реформа впроваджувалась поступово протягом періоду 2018-2025 років, що дозволило не лише поступово адаптувати медичні заклади та персонал до нових умов фінансування, але й систематично оцінювати її вплив на ключові показники ефективності галузі. Особлива увага приділялася аналізу фінансових потоків та їх ефективному використанню, покращенню доступу до медичної допомоги для населення різних регіонів, підвищенню якості лікування та дотриманню клінічних стандартів, оцінці соціально-економічного впливу впроваджених змін та вимірюванню задоволеності громадян медичною допомогою [26].

Такий підхід дозволяє провести комплексну оцінку результатів реформи, виявити сильні та слабкі сторони впроваджених програм, а також сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо подальшого розвитку державної системи медичного страхування в Україні (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Показники ефективності впроваджених програм медичного страхування в Україні протягом 2018-2025 років*

Показники	Динаміка	Вплив
Частка закладів, що працюють за контрактами з НСЗУ	Зростання з <20% (2018) до >90% (2025).	Забезпечило прозорість фінансування та зменшення нецільових витрат.
Фінансування первинної допомоги	Зростання у 2,5 раза.	Підвищення оплати праці лікарів, модернізація амбулаторій.
Покриття тарифами реальної собівартості	Низьке у 2020-2023; часткове покращення з 2024.	Недофінансування високоспеціалізованих послуг.
Кількість декларацій з сімейними лікарями	Понад 32 млн. декларацій у 2025.	Майже повне охоплення населення первинкою.

Продовження таблиці 2.4

Доступ до «Доступних ліків»	Розширення переліку препаратів на 50%.	Значне зменшення власних витрат пацієнтів.
Регіональні диспропорції	Зберігаються (особливо у сільських районах).	Недостатня мережа лікарів та діагностики.
Розвиток телемедицини	Значне зростання після 2020 року.	Компенсує кадровий дефіцит, але нерівномірно.
Виконання вимог НСЗУ щодо обладнання і стандартів	Зростання, але нерівномірне за регіонами.	Стимулює модернізацію закладів.
Доступність клінічних протоколів	Повне впровадження на первинці, часткове – на вторинці.	Підвищення стандартизації лікування.
Результативність лікування	Поступове зростання, але бракує системного моніторингу.	Необхідне розширення електронних реєстрів.
Частка домогосподарств із катастрофічними витратами	Повільне зниження, але все ще вище за ЄС.	Потребує розширення страхового покриття.
Рівень фінансового захисту	Покращення для пацієнтів з хронічними захворюваннями	Завдяки ПМГ та програмі «Доступні ліки».
Рівень задоволеності медичною допомогою	Зростання з 55% (2018) до 74% (2025).	Підвищення якості та прозорості послуг.

*Джерело: сформовано автором на основі даних джерел [40;22]

У цьому контексті оцінка ефективності впроваджених програм медичного страхування є не лише інструментом контролю розподілу ресурсів, а й ключовим механізмом стратегічного планування та вдосконалення національної системи охорони здоров'я, забезпечення її здатності надавати високоякісну, доступну та економічно ефективну медичну допомогу всім верствам населення.

Одним із найважливіших критеріїв оцінки ефективності впроваджених програм медичного страхування є глибина трансформації механізмів фінансування закладів охорони здоров'я. До реформи українська система охорони здоров'я працювала за так званою «моделлю підтримки потужностей» [26]. Згідно даної моделі кошти виділяються на заробітну плату персоналу, а також на покриття операційних і накладних витрат закладів, незалежно від фактичного обсягу та якості наданих медичних послуг. Як наслідок, фінансування залишалося практично статичним і не було прив'язане до результатів роботи.

Протягом тривалого часу це призводило до низької ефективності системи, сприяло неформальним платежам та заважало закладам підвищувати свою продуктивність та покращувати якість надання послуг. Впровадження договірної моделі співпраці з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) у 2018 році стало вирішальним кроком у реформуванні фінансування охорони здоров'я. Ця модель передбачала перехід від фінансування на основі потужностей до відшкодування витрат на конкретні медичні послуги. На первинному рівні це було досягнуто за рахунок капітаційних платежів, тоді як на вторинному та третинному рівнях – за рахунок тарифів на медичні послуги в рамках Програми медичних гарантій. Такий підхід сприяв ефективному використанню ресурсів, покращенню якості медичної допомоги та забезпеченню справедливішого та прозорішого розподілу коштів між медичними закладами.

Реформа також сприяла значному збільшенню фінансування первинної медичної допомоги. За даними Міністерства охорони здоров'я України, витрати на первинну медичну допомогу зросли приблизно у 2,5 рази між 2018 і 2025 роками. Це дозволило не лише підвищити зарплати лікарів загальної практики, але й модернізувати матеріально-технічне оснащення амбулаторій, впровадити сучасні системи оцінки якості медичної допомоги та загалом покращити доступність медичної допомоги для населення [11]. Загалом, ці зміни свідчать про значний прогрес у переході від традиційної моделі фінансування до сучасного, орієнтованого на результат підходу, який відповідає міжнародним стандартам та спрямований на забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я України.

Водночас впроваджена реформа виявила й низку суттєвих фінансових дисбалансів, характерних для процесу трансформації системи охорони здоров'я. Зокрема, у період 2020-2023 років спостерігалось системне недофінансування вторинної та високоспеціалізованої медичної допомоги. Аналіз тарифної політики Національної служби здоров'я України (НСЗУ) свідчить, що встановлені тарифи не завжди відповідали фактичній собівартості надання медичних послуг, що призводило до збитковості значної частини лікарень [12]. Така ситуація негативно впливала на фінансову стійкість медичних закладів та обмежувала їхні можливості

для оновлення матеріально-технічної бази, впровадження новітніх медичних технологій та підвищення заробітної плати персоналу.

Крім того, існуючі дисбаланси посилилися зовнішніми факторами, зокрема пандемією COVID-19 та масштабною війною в Україні. Ці виняткові обставини вимагали термінового перерозподілу ресурсів на нагальні потреби системи охорони здоров'я, що ще більше посилило недостатнє фінансування вторинної та третинної медичної допомоги. Незважаючи на часткове підвищення тарифів у 2023-2024 роках, розбіжність між фактичною вартістю послуг та сумами, що за них сплачуються, залишалася значною, особливо у відділеннях інтенсивної терапії, хірургії та реабілітації, де потреби пацієнтів та витрати на якісне лікування є особливо високими [10].

Оцінка результатів реформи за період 2018-2025 років показує значне покращення доступу населення до медичних послуг. Зокрема, запровадження попередніх розпоряджень для лікарів загальної практики виявилось фундаментальним інструментом персоналізації медичної допомоги та забезпечення чіткого зв'язку між пацієнтом та конкретним лікарем чи медичним закладом. До 2025 року було підписано понад 32 мільйони попередніх розпоряджень. Це свідчить про охоплення значної частини населення України та ефективність механізмів інтеграції громадян у систему охорони здоров'я. Наявність підписаного попереднього розпорядження гарантує пацієнту вільний доступ до широкого спектру послуг первинної медичної допомоги, включаючи профілактичні огляди, базову діагностику, моніторинг хронічних захворювань та призначення ліків за програмою відшкодування. Водночас цей механізм формує основу для систематичного контролю якості медичної допомоги, сприяє професійній відповідальності та ефективності лікарів, а також забезпечує більшу прозорість фінансування охорони здоров'я. У сукупності ці зміни створюють умови для подальшого розвитку системи фінансування, орієнтованої на результат, та підвищення рівня медичного обслуговування населення.

Програма «Доступні ліки» стала одним із найважливіших інструментів для покращення доступності ліків для населення, особливо для пацієнтів із хронічними

захворюваннями, такими як серцево-судинні, ендокринні та респіраторні. За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), кількість активних пацієнтів, які користуються програмою, зросла майже вдвічі між 2018 і 2024 роками [12]. Це підкреслює значну суспільну важливість програми та її успіх у забезпеченні регулярного доступу до необхідних ліків. В результаті програма зменшила частку домогосподарств, змушених витратити значні суми на лікування хронічних захворювань, іноді до такої міри, що стикаються з фінансовим тягарем, що загрожує життю.

Незважаючи на очевидні позитивні результати, медична допомога в Україні залишається нерівномірно розподіленою. Сільські та віддалені райони страждають від систематичної нестачі лікарів загальної практики та спеціалістів, цифровізація медичних закладів є недостатньою, а доступ до комплексної діагностики та консультацій висококваліфікованих спеціалістів обмежений. Така існуюча нерівність створює соціальні та територіальні бар'єри для доступу до медичної допомоги та перешкоджає ефективності Програми доступних ліків.

Впровадження телемедицини виявилось важливим інструментом для часткового усунення цих недоліків. Вона дозволяє проводити дистанційні консультації, моніторинг пацієнтів та контроль лікування. Однак ефективність послуг телемедицини значною мірою залежить від відповідної технічної інфраструктури, включаючи стабільне підключення до Інтернету, сучасне обладнання та кваліфікований медичний персонал для роботи з цифровими платформами. Багато громад, особливо у віддалених та сільських районах, досі не мають ресурсів для повноцінного функціонування клінік телемедицини. Це обмежує інтеграцію цих послуг у загальну систему охорони здоров'я та зменшує потенційні переваги програми [12].

Впровадження контрактної моделі фінансування медичних закладів значно підвищило значення якості медичних послуг, зробивши її ключовою метою реформи. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) встановлює чіткі вимоги до матеріально-технічного оснащення закладів, кількості персоналу, кваліфікації медичного персоналу та дотримання клінічних протоколів як обов'язкові

передумов укладання договорів [12]. Такий підхід сприяв модернізації деяких лікарень, оновленню медичних технологій та впровадженню внутрішніх систем управління якістю. Це дозволяє ефективніше контролювати надання послуг та покращує відповідність міжнародним стандартам.

Особливо важливим кроком модернізації стало впровадження нових підходів до ведення клінічної документації, стандартизації медичних процесів та інтеграції електронної системи охорони здоров'я у період з 2020 по 2024 рік. Такі зміни сприяли стандартизації реєстрації пацієнтів, автоматизації процесів планування та моніторингу лікування, а також підвищили прозорість управління медичними ресурсами. Одночасно ці нововведення створили умови для подальшого розвитку системи фінансування, орієнтованої на результат, та оцінки ефективності медичних закладів [26].

Пандемія COVID-19 серйозно випробувала українську систему охорони здоров'я, водночас підкресливши практичні переваги реформи. Протягом 2020-2021 років значна частина ресурсів була негайно спрямована на боротьбу з пандемією, що призвело до важкого навантаження на медичний персонал, перевантаження лікарень та зростання рівня смертності серед пацієнтів з важкими випадками. Незважаючи на критичну ситуацію, система закупівель дозволила Національній службі здоров'я України (НСЗУ) швидко перерозподілити ресурси, впровадити тимчасові пакети послуг та централізовано закуповувати кисневі системи, тести на COVID-19 та засоби індивідуального захисту [26], що значно підвищило адаптивність системи до цих виняткових викликів.

Водночас, оцінка ефективності лікування та контроль якості медичних послуг залишаються недостатньо розвиненими. У більшості регіонів відсутній повний набір показників якості, не всі медичні заклади мають автоматизовані записи пацієнтів, а інтеграція діагностичних даних до центральних реєстрів є непослідовною. Тому систематичний аналіз результатів лікування та оцінка економічної ефективності в усіх сферах охорони здоров'я неможливі. Крім того, недостатнє покриття тарифами фактичних витрат на високоспеціалізовані медичні

послуги залишається проблемою, що обмежує надання високоякісної допомоги в онкології, кардіохірургії, інтенсивній терапії та реабілітації.

Оцінка соціально-економічної ефективності показує, що хоча реформа сприяла полегшенню навантаження на домогосподарства, цей ефект обмежений. Хоча частка витрат на охорону здоров'я в Україні зменшилася після 2018 року, вона все ще перевищує 40% від загальних витрат на охорону здоров'я – один з найвищих показників у Європі [26]. Незважаючи на це, домогосподарства продовжують стикатися зі значними витратами на стоматологічні послуги, діагностику та ліки, які не покриваються схемою відшкодування.

Загалом, реформа сприяла більшій соціальній справедливості, оскільки базова первинна медична допомога тепер доступна незалежно від фінансового становища пацієнтів. Однак відсутність повного покриття вторинної та третинної медичної допомоги означає, що домогосподарства залишаються під загрозою надмірних витрат на складні захворювання або потребують дорогого лікування.

Отже, комплексний аналіз ефективності програм медичного страхування між 2018 і 2025 роками показує, що реформа досягла значних успіхів у сферах фінансової прозорості, покращення доступу до охорони здоров'я та стандартизації процесів. Водночас зберігається кілька проблем, які включають неповне страхове покриття, регіональні відмінності, недостатнє фінансування високоспеціалізованих послуг, нестача персоналу та недостатній контроль якості. Подальший розвиток системи вимагає переходу до багаторівневої моделі медичного страхування, розширення програми гарантій охорони здоров'я, вдосконалення тарифної політики та зміцнення людських ресурсів. Окрім того, існує вагома необхідність значно розширити систему оцінки ефективності лікування та інтеграцію сучасних цифрових рішень для моніторингу якості медичної допомоги.

Отже, аналіз нормативно-правової бази реформ медичного страхування в Україні вказує на поступовий перехід від централізованої бюджетної моделі до змішаної системи фінансування з елементами страхових механізмів. Законодавчі зміни заклали основу для підвищення професійної компетентності та психологічного благополуччя медичного персоналу, а також для розвитку

мотиваційних систем та пацієнтоорієнтованих практик. Впровадження принципу «витрати йдуть за пацієнтом» та автономія закладів сприяли ефективнішому управлінню персоналом та більшій соціальній відповідальності з боку роботодавців. Незважаючи на існуючі прогалини в законодавстві, реформа створила основу для гуманізації системи охорони здоров'я та зміцнення людського капіталу як стратегічного ресурсу.

Дослідження існуючих програм медичного страхування в Україні та аналіз їхніх фінансово-економічних показників свідчать про те, що добровільне медичне страхування (ДМС) набуває дедалі більшого значення на ринку страхування, відмінного від страхування життя, демонструючи динамічне зростання премій та платежів у період з 2020 по 2025 рік. Аналіз фінансових результатів провідних страхових компаній підтверджує їхню здатність ефективно виконувати страхові зобов'язання та забезпечувати стабільність своєї діяльності, тим самим зміцнюючи довіру як корпоративних, так і приватних клієнтів. Різноманітність страхових продуктів, широта мережі медичних закладів, стандарти обслуговування та інвестиції в розвиток послуг вказують на значний потенціал ДМС як інструменту соціального забезпечення населення та ефективного механізму управління людськими ресурсами. Водночас, існують проблеми щодо регіональних диспропорцій, управління людськими ресурсами та адаптації до економічних коливань.

Аналіз ефективності програм медичного страхування в Україні протягом 2018-2025 років вказує на значний прогрес у трансформації системи охорони здоров'я. Модель «ресурси йдуть за пацієнтом» підвищила прозорість фінансування, ефективність використання ресурсів та стандартизацію медичних процесів, тим самим покращивши доступ до первинної медичної допомоги та зменшивши фінансове навантаження на домогосподарства. Програми «Доступні ліки», контрактна модель з Національним фондом медичного страхування та розширення телемедицини сприяли розширенню спектру послуг та зміцненню довіри пацієнтів. Водночас, залишаються не вирішеними проблеми щодо недостатнього фінансування високоспеціалізованих послуг, регіональних

відмінності, нестачі персоналу та обмеженого моніторингу якості лікування. Подальша перспектива вимагає формування багаторівневої моделі страхування, вдосконалення тарифної політики та інтеграції цифрових рішень для забезпечення соціальної справедливості та економічної ефективності системи.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Удосконалення програм добровільного медичного страхування з урахуванням міжнародного досвіду

Українська система медичного страхування зараз переживає активний процес реформування та структурного розвитку. Її основними завданнями є забезпечення фінансового доступу населення до медичних послуг, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, а також гарантування соціального захисту громадян. Водночас сучасна система стикається з низкою організаційних, фінансових та регуляторних викликів, які обмежують її функціональність та здатність гарантувати всебічне охоплення населення (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – SWOT- аналіз системи медичного страхування в Україні*

Сильні сторони	Слабкі сторони
– Наявність законодавчої бази. – Розвиток електронних сервісів. – Позитивні напрацювання добровільного страхування. – Підвищення професійної кваліфікації медичного персоналу. – Позитивна динаміка страхових внесків. – Міжнародні партнерства. – Підтримка уряду.	– Низький рівень охоплення населення. – Фрагментація системи. – Обмежені фінансові ресурси. – Відсутність прозорого механізму контролю. – Обмежена обізнаність населення. – Нерівномірність доступу у регіонах. – Недосконалість нормативних механізмів.
Можливості	Загрози
– Адаптація міжнародного досвіду. – Розвиток добровільного та приватного страхування. – Повоєнне відновлення та модернізація.	– Економічна нестабільність та дефіцит бюджету. – Соціальна нерівність у доступі. – Низький рівень довіри населення.

Продовження таблиці 3.1

– Технологічні інновації. – Партнерство з міжнародними організаціями. – Освіта та підвищення обізнаності населення. – Створення інтегрованих страхових платформ.	– Міграція медичних кадрів. – Політична нестабільність. – Недостатня інтеграція з приватним сектором. – Ризик зростання медичних витрат.
---	---

*Джерело: сформовано автором

Виходячи з результатів SWOT-аналізу, очевидно, що потрібна комплексна програма вдосконалення системи медичного страхування України. Дана програма має бути спрямована на усунення існуючих слабких сторін та мінімізацію ризиків, одночасно використовуючи існуючі сильні сторони та реалізуючи потенціал.

Особливу увагу слід приділити врахуванню передового досвіду інших країн, особливо Європейського Союзу, Японії, Канади, Південної Кореї, Нідерландів та Ізраїлю. Ці країни використовують різні моделі медичного страхування, що характеризуються високою ефективністю фінансування, охоплення населення та управління ресурсами. Інтеграція міжнародного досвіду не лише покращить якість та доступність медичних послуг, але й створить стійку, прозору та соціально відповідальну систему страхування, здатну адекватно реагувати на сучасні виклики та забезпечувати довгострокову стабільність медичної інфраструктури України. У цьому контексті рекомендується розробка комплексної програми вдосконалення системи медичного страхування, яка поєднує національну специфіку з передовим міжнародним досвідом (див. Дод. Б).

Авторська програма охоплює такі ключові сфери, як фінансування та економічна стабільність, організаційна структура, розширення охоплення населення, адаптація міжнародного досвіду, зміцнення довіри громадськості, технологічна модернізація та підготовка до післявоєнної відбудови (рис. 3.1). Такий системний підхід не лише усуне існуючі слабкі сторони та мінімізує ризики, але й створить умови для ефективного подальшого розвитку медичного

страхування, забезпечуючи його прозорість, соціальну справедливість та здатність вирішувати поточні та майбутні виклики.

Фінансування є ключовим елементом ефективної системи медичного страхування, оскільки від нього безпосередньо залежить доступність, якість та стабільність медичних послуг. На сучасному етапі система медичного страхування в Україні характеризується низьким рівнем фінансової автономії, обмеженими державними ресурсами та недостатньо розвинутим механізмом добровільного страхування. Це призводить до високої залежності від бюджетних коштів та нерівномірного покриття населення.

Для підвищення фінансової стійкості пропонується змішана модель фінансування, яка поєднує державні внески, обов'язкове страхування та добровільні приватні внески. Такі моделі успішно використовуються в Японії та Нідерландах, де змішане фінансування забезпечує стабільне покриття для всіх груп населення та надання високоякісних медичних послуг [46;50].

Фінансування та економічна стабільність	Впровадження змішаного фінансування (державні та приватні внески) Створення стабілізаційного фонду для високовитратних процедур.
Організаційна структура	Єдина інтегрована система адміністрування страхових фондів. Регіональні координаційні центри.
Розширення охоплення населення	Обов'язковий базовий пакет для всіх. Стимулювання добровільного страхування через пільги та субсидії.
Адаптація міжнародного досвіду	Інтеграція практик ЄС, Японії, Кореї, Нідерландів, Ізраїлю. Пілотування моделей «керованої конкуренції» та змішаного фінансування.
Підвищення довіри населення	Інформаційні кампанії про права та можливості страхування. Прозорість фінансових потоків страхових фондів.
Технологічна модернізація	Розширення eHealth та телемедицини. Онлайн-платформи для оформлення і контролю страхових полісів.
Повоєнне відновлення	Інтеграція нових регіонів та медзакладів. Відновлення інфраструктури з урахуванням міжнародних стандартів.

Рисунок 3.1 – Напрямки та заходи удосконалення системи медичного страхування в Україні*

*Джерело: сформовано автором

Окрім того, формування стабілізаційного фонду для покриття витрат на дороге лікування зменшить фінансові ризики та покращить передбачуваність витрат. Ця процедура використовується в ізраїльській системі охорони здоров'я, де центральний фонд покриває витрати на дорогі медичні процедури, включаючи трансплантацію та лікування раку. Впровадження цього заходу забезпечить фінансову стабільність системи, розширить доступ до сучасних медичних технологій та зміцнить довіру громадськості до механізмів страхування.

Ефективна організаційна структура системи медичного страхування є важливою для раціонального розподілу ресурсів, уникнення звільнень та підвищення ефективності управління. В Україні фрагментація страхових компаній та відсутність єдиної, інтегрованої адміністративної системи призводять до неефективного розподілу ресурсів та нерівного доступу до медичних послуг. Програма пропонує створення єдиної, інтегрованої системи управління страхуванням з регіональними координаційними центрами. Така структура дозволяє централізовано моніторити та контролювати витрати, а також стандартизувати процеси адміністрування страхування. Ізраїльський досвід роботи з системою «Kupot Holim» демонструє ефективність централізованого управління при збереженні конкуренції серед страхових компаній [54]. Впровадження єдиної організаційної структури оптимізує адміністративні процеси, покращує якість та ефективність послуг для застрахованих осіб, а також сприяє більшій прозорості у фінансовому управлінні системою.

Одним із найбільших викликів, що стоять перед українською системою охорони здоров'я, є недостатнє охоплення населення добровільним страхуванням та нерівномірне покриття, що забезпечується базовим пакетом. Розширення страхового покриття має вирішальне значення для соціальної справедливості та фінансової доступності медичних послуг. Пропонується запровадити обов'язковий базовий пакет для всіх груп населення, одночасно сприяючи добровільному страхуванню через податкові пільги, субсидії для соціально незахищених груп та механізми вирівнювання. Досвід Канади та Південної Кореї демонструє ефективність універсального медичного страхування з можливістю додаткового

добровільного страхування для розширення спектру послуг [43; 63]. Впровадження цього підходу сприятиме максимальному охопленню населення, зменшенню фінансового навантаження на державний бюджет та створенню умов для соціально справедливої системи страхування.

Інтеграція передового закордонного досвіду є ключовим аспектом реформування системи охорони здоров'я. Використання міжнародного досвіду дозволяє адаптувати ефективні моделі організації, фінансування та управління страхуванням до національних умов. Програма включає вивчення та тестування таких моделей, як керована конкуренція (Нідерланди) [51], змішане фінансування (Японія, Канада) [55; 43] та організація страхування через некомерційні фонди (Ізраїль) [51]. Ці підходи демонструють високу ефективність у забезпеченні охоплення населення, оптимізації витрат та підвищенні якості медичних послуг. Адаптація міжнародного досвіду дозволить Україні створити сучасну та стійку систему страхування, яка зможе відповідати її економічним, соціальним та технологічним викликам.

Низький рівень довіри населення до механізмів страхування створює серйозну перешкоду для розвитку системи медичного страхування. Недостатня обізнаність населення про свої права, можливості та ефективність страхування обмежує впровадження добровільних політик. Пропонується проводити інформаційні кампанії та освітні програми, а також забезпечувати прозорість фінансових потоків страхових коштів. Досвід Японії та Ізраїлю демонструє, що прозорість та комунікація з громадськістю значно підвищують довіру до системи та її покриття [54;55]. Впровадження цих заходів сприятиме зміцненню довіри, просуванню добровільного страхування та підвищенню загальної ефективності системи.

Цифровізація та телемедицина є важливими інструментами для покращення доступності та якості медичних послуг. В Україні системи електронного адміністрування страхових полісів та платформи телемедицини все ще перебувають на стадії розробки. Програма передбачає впровадження розширених послуг електронної охорони здоров'я, онлайн-платформ для видачі та моніторингу

страхових полісів, а також розгортання телемедицини у віддалених регіонах. Досвід Південної Кореї та Нідерландів демонструє ефективність цифрових рішень у зниженні адміністративних витрат та покращенні доступу до медичних послуг [51; 63]. Це сприяє підвищенню ефективності та доступності послуг у віддалених районах та інтеграції інноваційних технологій у національну систему страхування.

Після завершення бойових дій та відновлення територіальної цілісності України, реконструкція системи охорони здоров'я з урахуванням потреб населення та сучасних міжнародних стандартів має першочергове значення. Програма передбачає інтеграцію нових регіонів та медичних закладів до національної системи страхування, реконструкцію медичної інфраструктури та впровадження найкращих міжнародних практик, прийнятих країнами ЄС у повоєнний період. Реалізація цих заходів забезпечить швидку стабілізацію системи, покращить медичне обслуговування населення та закладе основу для довгострокового, сталого розвитку системи страхування.

Водночас слід зазначити, що існуючі підходи до реформування системи медичного страхування України ще не враховують належним чином низку критичних аспектів, які визначають її довгострокову ефективність. Особливе значення має необхідність комплексного правового регулювання механізмів страхування. Це встановило б чіткі правила взаємодії між державними та приватними страховими компаніями, забезпечило б прозорість використання коштів та гарантувало б захист прав застрахованих осіб. Наразі відсутність єдиних регуляторних стандартів призводить до фрагментації системи та ускладнює контроль за дотриманням фінансової дисципліни.

Не менш актуальним є питання інтеграції медичного страхування з іншими сферами соціального забезпечення. Відсутність системи координації з пенсійним страхуванням, програмами соціальної допомоги та державними медичними гарантіями призводить до прогалин у охопленні населення та перешкоджає ефективному плануванню ресурсів. Це, у свою чергу, погіршує здатність системи швидко реагувати на надзвичайні ситуації, такі як спалахи інфекційних захворювань чи гуманітарні кризи [10].

Крім того, сучасне українське медичне страхування не приділяє достатньої уваги соціальній інтеграції та забезпеченню рівного доступу для всіх груп населення, зокрема внутрішньо переміщених осіб, людей з інвалідністю та мешканців віддалених регіонів. Відсутність ефективних механізмів цільового медичного страхування посилює соціальну нерівність та збільшує ризик нерівного доступу до медичних послуг.

Не менш критичним є питання оцінки ефективності системи страхування та контролю витрат. Наразі в Україні бракує механізмів систематичного моніторингу ефективності страхових програм, що унеможливорює об'єктивну оцінку їхнього економічного та соціального впливу [10]. Впровадження методів аудиту, аналізу ризиків та регулярних оглядів ефективності забезпечить більшу фінансову дисципліну та прозорість у системі.

Слід також зазначити, що інноваційні технології не інтегровані в процеси адміністрування та управління страховими полісами. Відсутність єдиної цифрової платформи для реєстрації, моніторингу та оцінки ефективності страхових програм обмежує можливості оптимізації процесів, ускладнює збір статистичних даних та уповільнює впровадження послуг телемедицини [60]. Цифровізація та аналітичні інструменти підвищують ефективність розподілу ресурсів, прогнозування попиту населення та планування подальшого розвитку системи страхування.

Крім того, важливо приділити особливу увагу підготовці фахівців, які можуть ефективно керувати системою медичного страхування. Наразі бракує систематичного навчання фахівців з управління страхуванням, аналізу ризиків та контролю якості медичних послуг. Створення професійного середовища є вирішальним фактором для сталого функціонування системи та її відповідності міжнародним стандартам.

Отже, ефективна реалізація програми вдосконалення системи медичного страхування в Україні вимагає комплексного підходу, який враховує не лише фінансові та організаційні аспекти, а й правове забезпечення, інтеграцію з іншими системами соціального забезпечення, цифровізацію, інклюзію та підготовку спеціалістів. Такий підхід формує умови для сталої, прозорої та соціально

справедливої системи, здатної відповідати сучасним викликам та забезпечувати довгострокову стабільність медичної інфраструктури. Він закладає основу для сталого розвитку охорони здоров'я в Україні.

3.2. Перспективні напрями розвитку добровільного медичного страхування в Україні

З огляду на сучасні виклики, зокрема демографічні зміни, економічну нестабільність та наслідки військового конфлікту, модернізація державного медичного страхування набуває дедалі більшого значення. Одним із ключових завдань є покращення фінансової стійкості та передбачуваності механізмів Програми гарантій охорони здоров'я (ПГМ) (табл. 3.2). Сьогодні Україні потрібна довгострокова модель прогнозування витрат на охорону здоров'я, оскільки частка державних витрат на охорону здоров'я у ВВП залишається нижчою за середній показник по Європі [60].

Недостатність фінансових ресурсів та високі коливання бюджетних витрат створюють ризик дефіциту та погіршують ефективність надання медичної допомоги. Для забезпечення стабільності Пакту стабільності та зростання (ПСР) пропонується середньостроковий бюджетний план на три-п'ять років з чітко визначеними фінансовими параметрами та сценаріями розвитку охорони здоров'я. Крім того, розширення джерел фінансування, зокрема шляхом часткового включення цільових соціальних внесків, як це успішно реалізовано в країнах ЄС, сприяє підвищенню стабільності системи та зменшує залежність від коливань національного бюджету. Посилена співпраця з міжнародними партнерами, включаючи Світовий банк, USAID та програму EU4Health, дозволяє модернізувати механізми фінансування та підвищити прозорість використання коштів [26]. Водночас, планування на основі ризиків дозволяє моделювати потреби в ресурсах з урахуванням демографічних, епідеміологічних та безпекових факторів. Це зменшує ймовірність дефіциту та підвищує доцільність гарантій надання медичної допомоги.

Одним із стратегічних напрямків розвитку державного страхування є поступове впровадження елементів обов'язкового державного медичного страхування. Згідно з експертним звітом ВООЗ «Фінансування охорони здоров'я в Україні», впровадження обов'язкового державного медичного страхування має здійснюватися поетапно, враховуючи інституційну готовність та соціально-економічні ресурси населення [26].

Таблиця 3.2 – Напрями розвитку державного медичного страхування в Україні*

Напрями	Заходи
Підвищення фінансової стійкості та прогнозованості механізмів державних медичних гарантій	– Впровадження середньострокового бюджетного планування (на 3-5 років). – Розширення джерел фінансування. – Підсилення співпраці з міжнародними партнерами. – Підсилення співпраці з міжнародними партнерами.
Впровадження елементів обов'язкового державного медичного страхування (ОДМС)	1. Формування єдиного національного страхового фонду. 2. Застосування моделі спільної відповідальності між державою, роботодавцями та громадянами. 3. Запровадження гарантованого мінімального пакета страхових послуг. 4. Проведення регіональних пілотних проєктів.
Модернізація системи тарифікації та контрагування у сфері охорони здоров'я	1. Створення національної бази референтних тарифів. 2. Автоматизація контрагування та моніторингу. 3. Використання показників ефективності (KPIs). 4. Створення механізмів диференційованого тарифування.
Розвиток механізмів співоплати з чіткою системою соціальних винятків	1. Встановлення фіксованої частки співоплати за окремі непервинні послуги. 2. Механізм “стелі витрат” (Out-of-Pocket Cap). 3. Запровадження цифрових ваучерів. 5. Прозора інтеграція співоплати у систему електронних направлень.

Продовження таблиці 3.2

Діджиталізація державного медичного страхування і розвиток e-Health	1. Повна інтеграція електронної медичної картки (ЕМК). 2. Автоматична верифікація страхових випадків 3. Електронні страхові поліси. 4. Мобільні сервіси страхування.
---	---

*Джерело: сформовано автором

Створення єдиного національного страхового фонду, управління страховими внесками та гарантія відшкодування медичних послуг на основі результатів забезпечать ефективніший розподіл ресурсів. Впровадження моделі спільної відповідальності між державою, роботодавцями та громадянами, аналогічної практиці Німеччини, Польщі та Словаччини, сприятиме розвитку сталої та передбачуваної системи медичного страхування [61]. Найважливіше – створити гарантований мінімальний пакет виплат, щоб забезпечити загальне медичне страхування населення. Слід провести регіональні пілотні проекти для оцінки ефективності адміністрування реформи, ціноутворення та сприйняття нею громадськістю. Поетапне впровадження та широка комунікаційна кампанія зменшать ризик непорозумінь з боку громадськості та підвищать легітимність реформ.

Модернізація системи ціноутворення та укладання контрактів є вирішальним фактором підвищення ефективності обов'язкового медичного страхування. Ціноутворення має базуватися на фактичних витратах та стандартизованих шляхах лікування. Перехід до моделі групового лікування за діагнозом (DRG) забезпечує більшу прозорість у фінансуванні лікарень та сприяє ефективності надання медичної допомоги [40]. Ключові заходи включають створення національної бази даних референтних цін з регулярними оновленнями, автоматизацію розробки контрактів та моніторингу якості шляхом інтеграції електронних медичних записів, використання ключових показників ефективності (KPI) та впровадження диференційованого ціноутворення для пріоритетних галузей, таких як онкологія, реабілітація та неонатологія. Ці заходи забезпечують конкурентоспроможність, покращують якість медичної допомоги та сприяють фінансовій прозорості.

Розробка механізмів співоплати з чіткою системою соціальних виключень є ще одним важливим підходом. Механізми співоплати можуть обмежити надмірне споживання ресурсів, але вимагають соціального захисту для вразливих груп. Запропоновані заходи включають встановлення фіксованої ставки співоплати для певних непервинних послуг, обмеження загальних витрат домогосподарств, запровадження цифрових ваучерів для ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та нужденних, а також інтеграцію механізму співоплати в систему електронних грошових переказів. Такий підхід підвищує соціальну рівність, прозорість фінансових потоків та доступ до медичних послуг [40].

Цифровізація національної системи медичного страхування є ключовим фактором підвищення її ефективності та прозорості. Інтеграція електронної медичної картки у фінансові процеси страхової компанії, автоматична перевірка страхових випадків, а також впровадження електронних полісів і мобільних послуг дозволяють громадянам отримувати доступ до вичерпної інформації про страхові випадки та співоплати, знижують ризик корупції та пришвидшують адміністрування [40]. Ці цифрові інструменти сприяють зміцненню довіри громадськості, покращенню використання ресурсів та забезпеченню майбутньої життєздатності національної системи медичного страхування в сучасних умовах.

З огляду на зростання соціально-економічних ризиків та нестабільність державних фінансів, приватне медичне страхування перетворюється на стратегічний інструмент управління людським капіталом та корпоративної соціальної відповідальності. Добровільне медичне страхування, що спонсорується роботодавцями, є найбільш розвиненим сегментом ринку приватного страхування. Ключові напрямки розвитку цього сегмента включають створення податкових пільг для роботодавців, які фінансують добровільне медичне страхування, а також впровадження програм профілактики на робочому місці, що включають регулярні огляди, вакцинацію, психологічну підтримку та заходи щодо зниження професійних ризиків (табл. 3.3).

Таблиця 3.3 – Напрями розвитку приватного медичного страхування в Україні*

Напрями	Заходи
Розвиток корпоративного добровільного медичного страхування (ДМС)	1. Створення податкових стимулів для роботодавців. 2. Запровадження корпоративних профілактичних програм. 3. Використання гнучких пакетів страхування. 4. Створення спільних корпоративних страхових фондів.
Інноваційні страхові продукти та персоналізоване страхування	1. Мікрострахування. 2. Страхування телемедичних послуг. 3. Пакети хронічного менеджменту. Платформи “страхування за підпискою” (Subscription Insurance).
Посилення регуляції та стандартизації ринку приватного страхування	1. Уніфікацію страхових умов. 2. Створення реєстру стандартних страхових продуктів. 3. Запровадження індикаторів якості страхових послуг. Посилення контролю за діяльністю асистанських компаній.
Розвиток перестрахування з урахуванням воєнних ризиків	1. Створення державного перестраховального резерву. 2. Співпраця з міжнародними перестраховиками. Розвиток внутрішнього ринку перестрахування.
Інтеграція приватного страхування з системою державних медичних гарантій	1. Доповнення ПМГ приватними страховими пакетами. 2. Співфінансування дороговартісних послуг. Створення комбінованих страхових продуктів.

*Джерело: сформовано автором

Крім того, використання гнучких страхових пакетів, адаптованих до професійних ризиків конкретних секторів, таких як ІТ, транспорт, освіта та медицина, є ключовим інструментом для покращення доступності та ефективності страхування. Спільні корпоративні страхові фонди для малих та середніх підприємств (МСП) дозволяють об'єднувати ресурси та забезпечують стабільніший розвиток ринку, тим самим зменшуючи витрати для роботодавців та підвищуючи мотивацію працівників.

Інноваційні страхові продукти та персоналізоване страхування спрямовані на збільшення охоплення населення та зменшення фінансового навантаження на державу. Міжнародні дослідження підтверджують, що персоналізовані страхові програми, включаючи мікрострахування, телемедицинське страхування, пакети лікування хронічних захворювань та страхування за передплатою, можуть

покращити доступ до медичних послуг навіть для віддалених або вразливих верств населення. Такий підхід дозволяє охопити різні соціальні групи та гнучко адаптувати страхові продукти до потреб сучасного ринку та специфічних характеристик професійної діяльності.

Посилення регулювання та стандартизації приватного ринку страхування є наступним важливим напрямком розвитку. Це включає стандартизацію умов страхування для забезпечення прозорості, створення реєстру стандартизованих страхових продуктів під наглядом Національного банку України, запровадження показників якості страхових послуг, таких як час обробки заявок, рівень виплат та рівень відхилень, а також посилення моніторингу діяльності асистуючих компаній, що займаються страховими виплатами. Стандартизація захищає довіру громадськості до страхових компаній та мінімізує ризик недобросовісної практики, що, своєю чергою, підвищує стабільність та передбачуваність ринку.

Розвиток перестрахування, яке враховує військові ризики, набуває все більшого значення. Згідно зі звітом Міжнародної асоціації страхових наглядачів (IAIS), країни з високим рівнем ризику повинні створювати спеціалізовані фонди перестрахування та інтегруватися в міжнародні ринки перестрахування. Для України це означає створення державного резерву перестрахування, співпрацю з міжнародними перестраховиками, такими як Munich Re та Swiss Re, а також розвиток національного ринку перестрахування для розподілу ризиків між українськими страховими компаніями. Такий підхід забезпечує фінансову стабільність компаній у разі значних збитків та зміцнює довіру клієнтів до страхових продуктів [53].

Інтеграція приватного медичного страхування в державну систему гарантій охорони здоров'я є стратегічним напрямком, який оптимізує взаємодію між державним та приватним секторами. Приватні страхові пакети можуть доповнювати програму гарантій охорони здоров'я, покриваючи послуги, що не надаються державою, та співфінансуючи дорогі послуги, такі як онкологія, трансплантація та реабілітація. Комбіновані страхові продукти, в яких основні послуги фінансуються державою, а додаткові послуги – приватним страховиком,

забезпечують більшу соціальну справедливість, ефективність використання ресурсів та гнучкість у виборі послуг. Такий інтегрований підхід відповідає світовим моделям, що впроваджені в Австрії, Нідерландах та Франції, і створює умови для розвитку комплексної системи медичного страхування, здатної ефективно реагувати на сучасні соціально-економічні та безпекові виклики [61].

З огляду на системні зміни в системі охорони здоров'я України, а також виклики у сфері безпеки, демографічні та соціальні проблеми, менеджери з персоналу стикаються із завданням не лише забезпечити своїх працівників базовими гарантіями, але й створити ефективну та адаптивну систему соціального забезпечення, яка відповідає сучасним реаліям та сприяє стабільності, мотивації та продуктивності працівників (табл. 3.4).

Розвиток медичного страхування в Україні безпосередньо впливає на розробку та впровадження стратегій управління персоналом у компаніях. Державне медичне страхування має на меті підвищити фінансову стабільність та передбачуваність бюджетів, а також забезпечити працівникам стабільне соціальне забезпечення. Для управління персоналом це створює умови для передбачуваного фінансування, зменшує стрес та зміцнює утримання працівників. Запровадження обов'язкового державного медичного страхування (ОМС) шляхом створення єдиного страхового фонду та надання пільг для особливо вразливих груп дозволяє розробити довгострокову стратегію управління персоналом та забезпечує працівникам доступ до базових медичних послуг у рамках стабільного соціального пакету.

Таблиця 3.4 – Напрямки розвитку медичного страхування в контексті HR-стратегії*

Напрямок розвитку	Заходи	Роль для HR-менеджменту	Очікуваний ефект
Державне медичне страхування	Підвищення фінансової стійкості, планування бюджету.	Забезпечення стабільних соціальних гарантій для персоналу.	Прогнозованість фінансування, підвищення лояльності та зниження стресу.

Продовження таблиці 3.4

Обов'язкове державне страхування (ОДМС)	Єдиний страховий фонд, пільги для вразливих груп.	Планування довгострокової HR-стратегії.	Стабільний соціальний пакет, доступ до базових послуг.
Приватне та корпоративне страхування (ДМС)	Корпоративні пакети, телемедицина, персоналізовані продукти.	Підвищення конкурентності роботодавця.	Утримання ключових кадрів, зниження плинності, підвищення мотивації.
Система перестрахування	Співпраця з перестраховиками, резерви.	Управління ризиками соціального пакета.	Фінансова стійкість страхових програм, гарантія виплат.
Інтеграція державного та приватного секторів	Цифрові платформи, контроль якості.	Координація соціальних програм, прогнозування потреб.	Ефективне управління ресурсами, підвищення прозорості та якості послуг.

*Джерело: сформовано автором

Приватне та корпоративне страхування, зокрема добровільне медичне страхування, сприяє підвищенню конкурентоспроможності роботодавців, пропонуючи персоналізовані страхові пакети, телемедицину та програми зміцнення здоров'я на робочому місці. Це допомагає утримувати ключовий персонал, зменшує плинність кадрів та підвищує мотивацію працівників. Система перестрахування, яка включає співпрацю з міжнародними та національними перестраховиками, дозволяє менеджерам з персоналу контролювати ризики, пов'язані із соціальним пакетом, та забезпечувати фінансову стійкість страхових програм.

Інтеграція державного та приватного секторів через цифрові платформи та моніторинг якості медичних послуг забезпечують ефективну координацію соціальних програм та точне прогнозування потреб у персоналі. Такий комплексний підхід оптимізує управління ресурсами, підвищує прозорість та якість послуг, а також створює стійку та адаптивну систему соціального забезпечення працівників, яка відповідає сучасним вимогам стратегії управління персоналом.

У межах дослідження було проведено анкетування окремої вибірки працівників АТ КБ “ПриватБанк”. Результати опитування якого відображають типові тенденції та слугують ілюстративною основою для обґрунтування запропонованих управлінських рішень. В опитуванні взяли участь 995 працівників Банку, які підключені до корпоративної програми добровільного медичного страхування. Відповідно до NDA, яке було укладено між Банком та страховою компанією, назва та ідентифікаційні дані провайдера, а також деякі деталі щодо програм страхування та обслуговування не розкриваються у дослідженні.

Період, за який відбувся збір інформації: з 1 вересня 2025 року до 30 листопада 2025 року (перші 3 місяці дії договорів страхування). Опитування проводилось на початку грудня 2025 року.

Програма добровільного медичного страхування працівників включає такі опції:

- Амбулаторно-поліклінічна допомога
- Стаціонарна допомога
- Невідкладна допомога
- Індивідуальний ліміт на стоматологічні послуги
- Індивідуальний ліміт на виключення
- Покриття випадків, що пов’язані з воєнними діями (крім активної участі у воєнних діях військовослужбовцями).

Мета проведеного опитування:

- Визначити рівень використання програм добровільного медичного страхування.
- Визначити рівень задоволеності послугами страхової компанії (дозвін до страхової компанії, оцінка роботи операторів страхової компанії, якісь цифрових рішень та мобільного додатку страхової компанії).

86% опитаних працівників (855 осіб) користувались послугами страхової компанії хоча би раз протягом вказаного періоду. Серед працівників, які користувались страхуванням хоча би раз 54% опитаних працівників (461 осіб) користувались послугами медичного страхування 1-2 рази протягом зазначеного

періоду, 36% (309 осіб) звертались до страхової компанії більше 3-5 разів, 10% опитаних (85 осіб) користувались послугами страхової компанії більше 5 разів за вказаний період.

Найчастіше співробітники користуються опцією амбулаторно-поліклінічної допомоги, яка включає консультації лікарів (онлайн та офлайн), відкриття лікарняного листка, діагностика, медикаменти, вакцинація від грипу. Цією опцією скористались 81% опитаних працівників (692 опитаних). 12% працівників (102 особи) скористались послугами стоматології в межах індивідуального ліміту, 4% працівників (42 особи) скористались послугами стаціонарного лікування, 1% опитаних (10 осіб) послугою невідкладної медичної допомоги, 1% (9 осіб) - інше.

Результати опитування вказують на високу частку використання послуг, що може бути пов'язане з:

- зростанням довіри працівників до корпоративних програм медичного страхування;
- підвищення ролі медичного страхування в соціальному пакеті;
- початком періоду сезонних захворювань на ГРВІ та грип, на який припали перші 3 місяці дії договору страхування;
- період проведення вакцинації від грипу.

Працівники, які користувались послугами страхової компанії, мали оцінити роботу страхової від 0 до 10. На питання дали відповідь 855 працівників. 78% працівників, що користувались програмою страхування хоча би раз (665) вказали, що задоволені сервісом, який надає поточний постачальник та оцінили роботу компанії від 9 до 10. 12% працівників (106 працівників) залишились нейтральними та оцінили роботу страхової компанії на оцінку від 7 до 8. 10% працівників (84 працівники) оцінили роботу компанії на рівень від 0 до 6 балів.

За результатами опитування умовний показник eNPS склав 68%. Вцілому, рівень задоволеності працівників достатньо високий, але водночас вказує на наявність проблем у сервісі, який може призвести до збільшення відсотку детракторів за рахунок працівників, які залишились нейтральними а також за рахунок промоутерів. У зв'язку з наявністю індивідуального ліміту на виключення

високий рівень задоволеності може вказувати на активне використання даного ліміту та покриття послуг, які є виключеннями зі страхового покриття. Після використання даного ліміту очікується збільшення відмов у покритті, що може знизити рівень задоволеності в майбутньому.

В опитуванні працівники мали змогу надати відкриті коментарі щодо їх задоволеності послугами, а також надати свої зауваження або рекомендації щодо зон розвитку. 343 з 855 працівників залишили свої коментарі.

Більшість коментарів (115) є позитивними. Працівники позитивно відзначають швидкість та точність організації послуг, зручність онлайн-консультацій в додатку страхової компанії, онлайн відкриття лікарняного листа, що відображає високий рівень задоволеності. Окремо працівники позитивно відгукуються про покриття подій, що пов'язані з воєнними діями (крім випадків безпосередньої участі у воєнних діях військовослужбовцями) та персоналізований індивідуальний ліміт на виключення, який працівники можуть використовувати за власним розсудом.

Однак, у своїх відповідях працівники Банку також вказували на критичні проблеми в роботі страхової компанії, серед них:

- Проблеми з організацією послуг, 89 коментарів: помилкові відмови страхової компанії у покритті послуг, помилки при організації.
- Проблеми з додзвоном, 80 коментарів: час очікування на лінії та в чаті онлайн при первинному зверненні, час очікування лікаря на лінії при відзвоні після візиту до лікаря з метою узгодження призначеного лікування.
- Проблеми з комунікацією, 49 коментарів: недостатня обізнаність операторів первинного звернення з корпоративною програмою страхування працівників, відмінність інформації, яку надають декілька різних операторів, некоректне спілкування операторів страхової компанії.
- Незадоволення програмою страхування, 10 коментарів: наявність співоплати за рахунок працівника в брендових медичних закладах високої цінової категорії, недостатність індивідуальних лімітів для покриття стоматологічних послуг.

Таким чином, результати опитування підкреслюють, що корпоративне добровільне медичне страхування може бути одним з аспектів, який позитивно впливає на лояльність працівників до роботодавця за рахунок позитивного досвіду використання, телемедицини, онлайн лікарняних, швидкості обслуговування, покриття актуальних ризиків (воєнні дії) та персоналізації програм страхування.

Водночас, клієнтський сервіс є надзвичайно важливим і потребує постійного фокусу HR фахівців, адже може негативно вплинути на рівень задоволеності умовами праці та мотивацію працівників.

3.3. Обґрунтування соціально-економічної ефективності запропонованих заходів

Оцінка соціально-економічної ефективності реформ системи медичного страхування, викладених у програмі, є вирішальним кроком до розробки обґрунтованої політики охорони здоров'я. Доцільно проаналізувати короткострокову та довгострокову ефективність запропонованих заходів, враховуючи економічні, соціальні, організаційні, демографічні та інституційні наслідки їх впровадження (табл. 3.3).

Таблиця 3.3 – Соціально-економічний ефект запропонованих заходів з удосконалення системи медичного страхування в Україні*

Напрямок ефективності	Очікувані результати реалізації заходів	Соціально-економічний ефект
Економічна ефективність	Оптимізація бюджетних витрат, підвищення прозорості фінансових потоків.	Раціональне використання ресурсів, зменшення тіньових платежів, стабільність фінансування.
Соціальна ефективність	Розширення доступності медичних послуг, зниження соціальної нерівності.	Підвищення якості життя, зменшення навантаження на соцсферу, формування культури ранньої діагностики.

Продовження таблиці 3.3

Управлінська ефективність	Координація між суб'єктами системи, підвищення якості управлінських рішень.	Зменшення управлінських ризиків, прозорість, оптимізація планування ресурсів
Демографічна та трудовресурсна ефективність	Підвищення тривалості життя, зменшення рівня інвалідизації.	Зниження економічних втрат через непрацездатність, відновлення працездатності, покращення демографії.
Демографічна та трудовресурсна ефективність	Підвищення тривалості життя, зменшення рівня інвалідизації.	Зниження економічних втрат через непрацездатність, відновлення працездатності, покращення демографії.
Інфраструктурна ефективність	Модернізація інфраструктури, розвиток цифрових платформ.	Підвищення ефективності медичних закладів, скорочення адміністративних витрат, покращення клінічних результатів.
Післявоєнне відновлення	Відновлення доступності допомоги, реабілітаційна підтримка ветеранів і ВПО.	Прискорене відновлення людського капіталу, стійкість соціальної сфери, підґрунтя для економічного зростання.
Інституційна та нормативна ефективність	Стабільна нормативна база, підзвітність страхових і медичних інституцій.	Посилення довіри населення, зниження корупційних ризиків, довгострокова стабільність системи.

*Джерело: сформовано автором

Такий підхід дозволяє комплексно оцінити очікуваний вплив програми на якість життя населення, економічну стабільність, продуктивність праці та загальне соціальне благополуччя. Водночас, оцінка ефективності повинна враховувати поточний стан українських інституцій, специфічні особливості фінансування державних програм, виклики воєнного та повоєнного періодів, а також високий ступінь невизначеності, властивий соціально-економічним процесам.

Найбільш значущі економічні наслідки запропонованих заходів полягають в оптимізації розподілу фінансових ресурсів, підвищенні його прозорості та зменшенні нецільового використання коштів. Встановлення стабільної багатоканальної моделі фінансування, що поєднує державні, муніципальні, роботодавчі та добровільні внески населення, зменшить навантаження на державний бюджет та підвищить стійкість фінансування охорони здоров'я. Раціоналізація витрат шляхом запровадження чітких тарифів, протоколів лікування та механізмів відшкодування дозволить зменшити надмірні або неефективні

витрати, які наразі є однією з головних проблем української системи охорони здоров'я.

Очікуване скорочення тіньових платежів у сфері охорони здоров'я також є економічно значущим. Створення прозорих механізмів виставлення рахунків між пацієнтами, страховиками та закладами охорони здоров'я зменшить частку неофіційних платежів, що потенційно призведе до збільшення доходів для формальних каналів фінансування. У довгостроковій перспективі це сприятиме створенню економічного середовища, в якому надання медичних послуг сприяє легітимному грошовому потоку та розвитку страхового ринку.

Впровадження інформаційних систем для управління страховими платежами дозволяє проводити детальний аналіз витрат, а також прогнозування та планування фінансових потоків. Це підвищує ефективність бюджетного планування на всіх рівнях, що має особливе значення у повоєнний період та в умовах економічної відбудови. Економічна ефективність також означає зменшення навантаження на систему соціального забезпечення, оскільки доступ до високоякісних медичних послуг зменшує витрати держави на подолання наслідків затримки лікування та інвалідності.

Соціально значущим результатом реалізації програми є підвищення доступності медичних послуг для всіх категорій населення. Зменшення фінансових бар'єрів, створення можливості отримати страхове покриття для соціально вразливих груп, удосконалення механізмів страхування працівників та розширення спектру страхових програм формують передумови для більш розповсюдженого, у рівномірного розподілу медичних ресурсів. Це, у свою чергу, забезпечує посилення соціальної травмованості та зменшення рівня соціальної нерівності. Упровадження програми профілактики, які фінансуються через систему страхування, сприяють формуванню моделі поведінки, орієнтованої на збереження здоров'я. Підвищення рівня обізнаності населення про переваги раннього лікування та профілактичних заходів зменшення ризику розвитку хронічних захворювань, відповідно, зменшення витрат на складне лікування у майбутньому. Соціальна ефективність проявляється також у розширенні можливостей працюючого населення зберігати

своє здоров'я і працездатність, що має прямий вплив на продуктивність праці та економічного розвитку держави. Окремо слід приділити соціальному аспекту довіри до системи медичного страхування. Запропоновані інструменти підвищення прозорості, стандартизації та контролю забезпечують зростання довіри до інститутів охорони здоров'я та страхових організацій. Формування стабільного механізму гарантій для громадян сприяє зміцненню відчуття соціального захисту та важливості у доступності медичної допомоги.

Соціально значущим результатом реалізації програми є покращення доступності медичних послуг для всіх груп населення. Зменшення фінансових бар'єрів, створення можливостей страхування для соціально незахищених груп, покращення медичного страхування, що спонсорується компаніями, та розширення спектру варіантів страхування створюють умови для більш справедливого та рівномірного розподілу медичних ресурсів. Це, у свою чергу, зміцнює соціальну згуртованість та зменшує соціальну нерівність.

Впровадження профілактичних програм, що фінансуються через систему страхування, сприяє розвитку поведінкової моделі, орієнтованої на здоров'я. Підвищення обізнаності громадськості щодо переваг раннього лікування та профілактичних заходів знижує ризик хронічних захворювань та, як наслідок, витрати на складне лікування в майбутньому. Соціальні переваги також відображаються у покращених можливостях працездатного населення підтримувати своє здоров'я та працездатність, що безпосередньо впливає на продуктивність праці та економічний розвиток країни.

Особливого значення слід надавати соціальному аспекту довіри населення до системи медичного страхування. Запропоновані інструменти для підвищення прозорості, стандартизації та контролю забезпечують більшу довіру до закладів охорони здоров'я та страхових організацій. Встановлення стабільного гарантійного механізму для громадян сприяє зміцненню почуття соціальної безпеки та впевненості в доступності медичної допомоги.

Запропоновані заходи спрямовані на створення ефективної моделі управління, в якій ключові процеси у страхуванні та охороні здоров'я

контролюються за допомогою стандартизованих процедур. Це допомагає мінімізувати управлінські помилки, дублювання функцій між різними структурами та неефективне планування. Впровадження сучасних інформаційних систем дозволяє стандартизувати процеси звітності про страхові випадки, обробки платежів, контролю якості послуг та створення електронних карток пацієнтів.

Ефективність управління також відображається в розширених можливостях стратегічного планування. Збір великих наборів даних про захворюваність, витрати, ефективність лікування та демографічні тенденції дозволяє перерозподілити ресурси на найбільш актуальні сфери охорони здоров'я. Такий підхід формує основу для прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Інституційне зміцнення включає розробку систем контролю якості медичних послуг, які дозволяють оцінити дотримання медичними закладами сучасних стандартів лікування. Ці механізми сприяють підвищенню медичної культури в суспільстві та подальшому розвитку професійних компетенцій медичного персоналу. Розбудова інституційного потенціалу системи страхування також включає створення механізмів підзвітності у випадках неадекватної або несвоєчасної медичної допомоги, що стимулює медичні заклади до підвищення ефективності.

Медичне страхування є ключовим фактором демографічної стабільності та відновлення робочої сили країни. Покращена медична допомога для всіх вікових груп допомагає знизити рівень смертності та збільшити тривалість життя. Підтримка населення працездатного віку є особливо важливою, оскільки збереження їхньої участі є фундаментальною передумовою післявоєнного економічного відновлення. Запропоновані заходи допоможуть скоротити терміни перебування в лікарні та пришвидшити одужання працівників завдяки ранній діагностиці та безперебійному доступу до лікування. У довгостроковій перспективі це призведе до зменшення інвалідності, тим самим знімаючи навантаження на державні програми соціального забезпечення та пенсійну систему. Важливо також враховувати, що добре розвинена система страхування може заохотити повернення частини населення, яке мігрувало під час війни. Доступ до високоякісної медичної

допомоги є основним фактором у рішенні про повернення. Це вирішальний елемент у відновленні робочої сили.

Розвиток ефективної системи медичного страхування створює стимули для модернізації медичної інфраструктури. Стабільні фінансові потоки дозволяють здійснювати довгострокові інвестиції в розширення лікарень, оновлення обладнання та розвиток мережі амбулаторій, лабораторій та профілактичних центрів. Це сприяє підвищенню технологічного рівня медицини, що, своєю чергою, значно покращує результати лікування.

Особливе значення має розвиток цифрової інфраструктури. Інтегровані електронні медичні карти, телемедицина, електронні страхові картки та платформи моніторингу якості створюють умови для ефективнішого використання медичних ресурсів та зменшують адміністративне навантаження на заклади охорони здоров'я. Використання таких систем дозволяє скоротити час обробки заявок, покращити координацію між лікарями та медичними страховиками, а також мінімізувати людський фактор у фінансових рішеннях. Ефективність інфраструктури також відображається у можливості перерозподілу ресурсів між регіонами відповідно до потреб. Використання цифрових інструментів управління дозволяє на ранній стадії виявляти вузькі місця в постачанні та таким чином сприяє оптимізації використання державних інвестицій.

У повоєнний період функціонування системи медичного страхування має вирішальне значення як центральний механізм соціально-економічної стабілізації. Запропоновані заходи спрямовані на відновлення та зміцнення системи охорони здоров'я, яка була серйозно пошкоджена під час війни. Ефективне страхування захищає ресурси закладів, що працюють з високим попитом на медичні послуги, зокрема у сферах реабілітації, психічного здоров'я, травматології та хірургії.

Соціально-економічна ефективність демонструється здатністю надавати комплексну медичну підтримку ветеранам, внутрішньо переміщеним особам та тим, хто раніше не мав доступу до медичної допомоги. Відновлення працездатності населення та його фізичного стану є необхідною умовою економічного зростання, а страхові механізми дозволяють покривати витрати на такі послуги, не створюючи

надмірного тягара для державного бюджету. Вплив програми на розвиток нової економічної моделі, орієнтованої на інвестування в людський капітал, також є значним. Ефективне медичне страхування знижує ризик виснаження робочої сили, підвищує конкурентоспроможність на ринку праці та сприяє розвитку ринку праці. У цьому контексті система охорони здоров'я стає не лише соціальною, а й економічною інвестицією, що забезпечує відновлення та зміцнення національної економіки.

Реалізація програми передбачає системне вирішення ключових, давніх проблем у сфері медичного страхування, одночасно створюючи умови для довгострокової модернізації сектору охорони здоров'я. Її ефективність залежить від повноти та узгодженості запропонованих заходів, які охоплюють фінансові, організаційні, інфраструктурні, соціальні та управлінські аспекти системи.

Таким чином, реалізація запропонованої заходів є стратегічно важливим кроком у реформуванні системи медичного страхування України. Вони не лише усунуть існуючі дисфункції, а й сформують сучасну, соціально орієнтовану, економічно ефективну та інституційно стійку модель, яка відповідає потребам суспільства та викликам повоєнного розвитку. Дані заходи закладуть основу для побудови високоефективної системи охорони здоров'я, що сприятиме розвитку людського капіталу, сприятиме покращенню добробуту населення та створить умови для довгострокового відновлення та зміцнення економічного потенціалу держави.

Таким чином, удосконалення української системи медичного страхування вимагає комплексного та системного підходу, який поєднує національну специфіку з передовим міжнародним досвідом. Запропонована програма заходів включає такі ключові напрямки: фінансова стабільність шляхом змішаного фінансування та створення стабілізаційного фонду; оптимізація організаційної структури через інтегровані регіональні центри; розширення базового та додаткового страхового покриття населення; цифровізація та впровадження телемедицини; зміцнення громадської довіри через прозорість та інформаційні кампанії; та підготовка висококваліфікованих фахівців.

Розвиток державного та приватного медичного страхування в Україні вимагає комплексного підходу, який поєднує фінансову стабільність, ефективне управління та соціальну справедливість. Інтеграція державного та приватного секторів через цифрові платформи та стандартизовані механізми контролю забезпечує прозорість, оптимальне використання ресурсів та високоякісну медичну допомогу. Такий підхід створює стійку, адаптивну та соціально справедливую систему медичного страхування, яка може ефективно реагувати на сучасні виклики та потреби ринку праці.

Оцінка запропонованих заходів щодо реформування медичного страхування в Україні демонструє підвищення фінансової, соціальної та організаційної стійкості системи. Багатоканальна модель фінансування, прозорі тарифи та механізми відшкодування зменшують нецільові витрати та тіньові платежі, покращують доступ до медичних послуг та зменшують соціальну нерівність. Стратегічне управління та цифрові інструменти забезпечують прозорість, координацію та ефективність. Впровадження цих заходів призведе до сучасної, соціально орієнтованої та ефективної моделі медичного страхування, яка підвищить добробут населення та зміцнить економічний потенціал держави.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження, спрямоване на обґрунтування теоретичних засад, аналіз міжнародного та національного досвіду, а також розробку практичних рекомендацій щодо розвитку добровільного медичного страхування та оцінювання ефективності відповідних програм, дозволяє зробити такі висновки відповідно до поставлених завдань.

1. Розкрито сутність, види та особливості добровільного медичного страхування в системі соціального захисту населення. У ході дослідження встановлено, що добровільне медичне страхування є важливим інститутом соціального захисту, який доповнює державні гарантії та забезпечує розширений доступ населення і працівників до якісних медичних послуг. На відміну від обов'язкових форм фінансування охорони здоров'я, ДМС характеризується гнучкістю, персоналізацією страхового покриття та можливістю адаптації програм до потреб застрахованих осіб і роботодавців. У системі управління персоналом ДМС виступає ефективним інструментом підвищення мотивації, лояльності та соціальної захищеності працівників, а також сприяє формуванню корпоративної культури турботи про здоров'я.

2. Узагальнено міжнародний досвід організації та функціонування програм добровільного медичного страхування. Аналіз міжнародного досвіду показав, що в різних країнах добровільне медичне страхування функціонує як складова змішаних моделей фінансування охорони здоров'я та доповнює державні програми. Практика США, Німеччини, Великої Британії, Канади, Австралії та інших країн засвідчує, що ефективне поєднання державного регулювання та корпоративних страхових програм дозволяє підвищити якість медичних послуг, розширити їх доступність і забезпечити фінансову стійкість системи. Важливою тенденцією є інтеграція ДМС з HR-стратегіями роботодавців, що сприяє утриманню персоналу та підвищенню конкурентоспроможності організацій.

3. Систематизовано методичні підходи до оцінювання ефективності програм добровільного медичного страхування. У роботі визначено, що оцінювання ефективності програм ДМС має базуватися на комплексному підході, який поєднує

соціальні, економічні та управлінські критерії. Ключовими показниками ефективності є доступність і якість медичних послуг, рівень охоплення застрахованих осіб, фінансова стійкість програм та задоволеність учасників страхування. З позиції управління персоналом оцінювання ефективності ДМС набуває стратегічного значення, оскільки дозволяє оцінити вплив страхових програм на здоров'я працівників, продуктивність праці, залученість і загальний рівень добробуту персоналу.

4. Проаналізовано нормативно-правове забезпечення та інституційні умови розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Дослідження нормативно-правової бази засвідчило, що розвиток добровільного медичного страхування в Україні відбувається в умовах трансформації системи охорони здоров'я та поступового наближення до страхових принципів фінансування. Законодавчі зміни, спрямовані на автономізацію закладів охорони здоров'я, контрактування з НСЗУ та підвищення ролі пацієнта, створюють передумови для розвитку ДМС як додаткового механізму соціального захисту. Водночас інституційні обмеження, зокрема фрагментарність регулювання та відсутність комплексної політики стимулювання ДМС, стримують повною мірою реалізацію його потенціалу.

5. Досліджено сучасний стан ринку добровільного медичного страхування та оцінено фінансово-економічні показники діяльності страховиків. Аналіз сучасного стану ринку ДМС показав, що він є одним із найбільш динамічних сегментів страхового ринку України. Зростання обсягів страхових премій і виплат свідчить про посилення попиту на програми добровільного медичного страхування, особливо з боку корпоративних клієнтів. Провідні страхові компанії демонструють здатність забезпечувати комплексне покриття медичних витрат і виконувати взяті зобов'язання, що сприяє збереженню довіри застрахованих осіб та стабільності ринку. При цьому фінансово-економічні показники діяльності страховиків підтверджують роль ДМС не лише як фінансового, а й як управлінського інструменту в системі соціального забезпечення персоналу.

6. Оцінено ефективність діючих програм добровільного медичного страхування в Україні. Результати оцінювання ефективності програм ДМС свідчать, що вони забезпечують розширений доступ до медичних послуг, зменшують фінансові ризики для застрахованих осіб і сприяють підвищенню рівня соціальної захищеності працівників. Водночас ефективність програм залишається нерівномірною через регіональні диспропорції, обмежену інтеграцію з державною системою охорони здоров'я та різний рівень якості сервісу з боку страховиків і медичних закладів. Це обумовлює потребу подальшого вдосконалення механізмів управління та контролю ефективності програм добровільного медичного страхування.

7. Розроблено рекомендації щодо вдосконалення програм добровільного медичного страхування та обґрунтовано їх соціально-економічну ефективність. Запропоновані рекомендації спрямовані на підвищення прозорості, доступності та фінансової стійкості програм ДМС і передбачають удосконалення нормативного регулювання, розвиток корпоративних страхових програм, інтеграцію цифрових сервісів, а також адаптацію кращих міжнародних практик. Оцінка соціально-економічної ефективності запропонованих заходів показала, що їх реалізація сприятиме зростанню доступності якісної медичної допомоги, зниженню непрямих витрат, пов'язаних із втратою працездатності, та підвищенню рівня добробуту населення. У підсумку розвиток добровільного медичного страхування формує важливий елемент стійкої системи соціального захисту та підсилює роль роботодавців у забезпеченні здоров'я працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Відомості Верховної Ради України: Закон України із зм. від 19.12.2024 № 4170-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text>
2. Про страхування. Відомості Верховної Ради України: Закон України із зм. від 10.10.2024 № 4017-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text>
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Відомості Верховної Ради України: Закон України із зм. від 19.06.2025 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
4. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Відомості Верховної Ради України: Закон України від 19.10.2017, № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
5. Про охорону праці. Відомості Верховної Ради України: Закон України від 14.10.1992, № 2694-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text>
6. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення охорони здоров'я. Відомості Верховної Ради України: Закон України від 01.07.2022, № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
7. Деякі питання договорів про медичне обслуговування населення. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018, № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>
8. Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.08.2011, № 1422. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1208-11#Text>
9. Білоцький В. Теорії та механізми медичного страхування: світовий досвід та реалізація в Україні. *Економіка та суспільство*. 2025. №73. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-73-114>
10. Іжевський П. Г., Крушинська А. В. Добровільне медичне страхування як інструмент соціальної стабільності в умовах війни. Сталий розвиток економіки, 2025. №3 (54). DOI: <https://doi.org/10.32782/2308-1988/2025-54-66>

11. Інформаційні матеріали Міністерства охорони здоров'я України. *Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України*. URL: <https://moz.gov.ua/>
12. Інформаційні матеріали Національної служби здоров'я України (НСЗУ). *Офіційний веб-сайт Національної служби здоров'я України (НСЗУ)*. URL: <https://nszu.gov.ua/>
13. Кирилов Д. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. *Економіка та управління національним господарством*. 2023. №10. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-10-03-01>
14. Кицак Т. Г., Маршавін Ю. М., Маршавін О. Ю., Василенко А. О., Гутніцький В. В. *Капіталізм стейкхолдерів як сучасна модель соціальної відповідальності бізнесу. Соціально-трудова відносина: теорія та практика*. 2023. № 13 (1). С. 29–36. DOI: [https://doi.org/10.21511/slntp.13\(1\).2023.03](https://doi.org/10.21511/slntp.13(1).2023.03)
15. Климук Н. Я. Медичне страхування як складова соціального захисту населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 3. С. 41-46.
16. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 2021. (1), С. 55-60. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12147>
17. Логінова А. Сучасний стан страхування медичних витрат в Україні. *Економіка та суспільство*. 2023. № 52. URL: <https://economyandsociety.in.ua/article/view/2707> (дата звернення: 27.10.2025).
18. Колот А. М. *Екосистемність як імператив стійкого людиновимірного розвитку : препринт*. Київ : КНЕУ, 2024. 52 с. URL: <https://ir.kneu.edu.ua/items/67925009-5cc5-49c1-84ad-7d17a8a464fc>
19. Колот А. М., Рябоконь І. О., Бабій Ю. М. *Якість зайнятості за нової соціоекономічної реальності: теоретико-методологічні засади*. Соціально-трудова відносина: теорія та практика. 2024. № 14 (1). С. 12–27. DOI: [https://doi.org/10.21511/slntp.14\(1\).2024.02](https://doi.org/10.21511/slntp.14(1).2024.02)

20. Кравчук О. І., Варіс І. О., Ходаківська А. С. *Програми балансу «робота–життя» в організації*. Приазовський економічний вісник. 2023. № 3 (35). С. 40–50. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-4263/2023-3-7>
21. Михайлюк М. В., Роман Т. А., Танчак Я. А. Медичне страхування як інструмент соціального захисту населення. *Галицький економічний вісник*. 2021. Т. 68, № 3. С. 45-51.
22. Наглядова статистика: показники діяльності страховиків. *Офіційний веб-сайт НБУ*. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist#6>
23. Національна служба здоров'я України. Річні звіти за 2018-2023 рр. *Офіційний сайт НСЗУ*. URL: <https://nszu.gov.ua/news>
24. Попович Д.В., Капітанчук М.В. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений*. 2022. № 10 (110). С. 64-70
25. Програма медичних гарантій. *Офіційний веб-сайт Національної служби здоров'я України*. URL: <https://nszu.gov.ua>
26. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. *WHO/Europe, World Bank*. 2022. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/366374>
27. Рудень В. Медичне страхування та кадрова політика в умовах реформи охорони здоров'я. *Вісник охорони здоров'я України*. 2021, № 3. С. 45-58.
28. Савченко Р. А. Правові засади розвитку медичного страхування в Україні. *Вісник Луганського навчально-наукового інституту імені Е. О. Дідоренка*. 2025. № 1. С. 22-29.
29. Система охорони здоров'я Ізраїлю. *Веб-сайт «FORINSUPER»*. URL: <https://forinsurer.com/public/03/04/17/1042>
30. Соловей С. Медичне страхування як елемент державної політики у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. № 2. С. 98-103.
31. Статистика страхового ринку України. *Веб-сайт «Forinsurer»*. URL: <https://forinsurer.com/stat>

32. Стецюк Т. І. Медичне страхування як складова соціальної політики держави. *Економічний аналіз*. 2022. Том 32. № 4. С. 135-143. DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2022.04.135>
33. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Міністерство охорони здоров'я України: офіційний документ від МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/strategiya-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku>
34. Уряд ухвалив Програму медичних гарантій на 2023 рік. *Офіційний веб-сайт Верховна Рада України*. URL: https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/260649.html
35. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. *WHO*, 2024. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964>
36. Шандар А. М., Кирилюк В. В. Медичне страхування в системі соціального забезпечення України. *Галицький економічний вісник*. 2023. Том 85. № 6. С. 148–154. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2023.06.148
37. Яка страхова має найкращий продукт ДМС для бізнесу: результати FinAwards 2025. Веб-сайт «Finance. ua». URL: <https://news.finance.ua/ua/yaka-strahova-maye-naykrashhyy-produkt-dms-dlya-biznesu-rezul-taty-finawards-2025>
38. About Canada's health care system. *Government of Canada*. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>
39. Asinta. Employee Benefits in Germany. URL: <https://www.asinta.com/countries/employee-benefits-in-germany/>
40. Brief overview of Ukrainian insurance market: 2024. *Офіційний веб-сайт НАСУ*. URL: <https://nasu.com.ua/en/brief-overview-of-ukrainian-insurance-market-2024/>
41. Bundesgesundheitsministerium. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – Überblick. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/gesetzliche-krankenversicherung.html>

42. Bundesgesundheitsministerium. Private Krankenversicherung (PKV) – Überblick. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/private-krankenversicherung.html>
43. Canada Health Act Annual Report 2023-2024. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2023-2024.html>
44. CIPD. Employee Benefits in the UK: Trends 2023. URL: <https://www.cipd.co.uk/knowledge/fundamentals/emp-law/employee-benefits>
45. Employee Benefits in Australia. ThanksBen. URL: <https://www.thanksben.com/country-guides/employee-benefits-in-australia/>
46. Employee Benefits in Canada. Velocity Global. URL: <https://hellopebl.com/resources/blog/employee-benefits-in-canada/>
47. Everything About Employee Health Benefits (In 2024). URL: <https://www.plumhq.com/blog/all-about-employee-health-benefits>
48. Germany Trade & Invest (GTAI). Social Insurance System in Germany. URL: <https://www.gtai.de/en/invest/investment-guide/social-insurance-system--660212>
49. Glassdoor. Employer Branding in the UK: Benefits and Trends 2023. URL: <https://www.glassdoor.co.uk/employers/blog/employee-benefits/>
50. Government allocates UAH 175.5 b for Medical Guarantee Program in 2025 / UATV. URL: <https://uatv.ua/en/government-allocates-uah-175-5b-for-medical-guarantee-program-in-2025>
51. Health insurance in the Netherlands. «NALOG. NL». URL: <https://www.nalog.nl/uk/baza-znanij/chastnym-licam/medicinskoe-straxovanie-v-nierlandax/>
52. Health Systems in Action (HSiA) Insights Israel. *World Health Organization*. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/88bbdc5b-4d6f-45d1-b0fb-eef6cbaf59df/content>
53. IAIS Annual Conference 2025. *International Association of Insurance Supervisors*. URL: <https://www.iais.org/news-and-events/iais-annual-conference-2025/>

54. Israel Medicine and health. *Visit Ukraine*. URL: <https://visitukraine.today/es/departure/israel/niue-citizenship/medicine-and-health>
55. Japan health system review. *World Health Organization*. URL: <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/9789290226260>
56. Kansi J. Employer-Sponsored Health Insurance 101. *Kaiser Family Foundation*. 2024. URL: <https://www.kff.org/health-costs/health-policy-101-employer-sponsored-health-insurance>
57. Mercer. UK Employee Benefits Survey 2023. URL: <https://www.mercer.com/our-thinking/uk-employee-benefits-survey.html>
58. National Health Service (NHS). How the NHS is funded. URL: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/how-the-nhs-is-funded/>
59. OECD. Private Health Insurance in Australia. URL: https://www.oecd.org/en/publications/private-health-insurance-in-australia_478608584171.html
60. Pinchuk I., Yachnik Y., Goto R., Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2025. URL: <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9>
61. Review of the quality, effectiveness, efficiency and sustainability of health insurance schemes in the United Nations system organizations: *United Nations*, 2023. PP.64. URL: https://www.unjiu.org/sites/www.unjiu.org/files/jiu_rep_2023_9_english_2.pdf
62. Rules for Offering Health Insurance to Employees in India. URL: <https://www.lnginsurance.com/blog/rules-for-offering-health-insurance-to-employees-in-india/>
63. Social health protection and health financing for universal health coverage in the Republic of Korea. P4H Network, July 2022. URL: https://p4h.world/app/uploads/2024/05/KoreaCaseStudy-2022-Nov-9_Final-002.x47142.pdf
64. State of Employee Benefits in India 2023. URL: <https://www.pazcare.com/state-of-employee-benefits-2023>

65. ThanksBen. Employee Benefits in Germany 2025. URL:
<https://www.thanksben.com/country-guides/employee-benefits-in-germany>

ДОДАТКИ

Додаток А

Етапи реформування системи медичного страхування в Україні*

Етап	Роки	Ключові нормативно-правові акти	Основні характеристики етапу
I етап – Спроби законодавчого запровадження ОМС	1990 - 2000	Законопроекти про обов’язкове соціальне медичне страхування (2001-2009 рр., понад 10 проєктів)	- Формування концептуальної бази ОМС. - Низка невдалих спроб прийняти закон про медичне страхування. - Відсутність економічних та інституційних умов для впровадження реформи.
II етап – Формування концепції реформування та створення НСЗУ	2014-2018	- Концепція реформи фінансування охорони здоров’я (2016). - Закон України № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017).	- Створення Національної служби здоров’я України (НСЗУ). - Запровадження договірних відносин між НСЗУ та закладами охорони здоров’я. - Орієнтація на якість медичних послуг та пацієнтоорієнтованість.
III етап – Впровадження Програми медичних гарантій (ПМГ)	2018-2022	- Постанова КМУ № 410 від 25.04.2018 «Про затвердження Порядку реалізації Державної програми медичних гарантій». - Наказ МОЗ № 1422 від 22.08.2011 «Про затвердження Єдиного кваліфікаційного довідника...» (чинний, адаптований до ПМГ). - Низка галузевих стандартів та клінічних протоколів.	- Запровадження ПМГ як центрального механізму фінансування системи охорони здоров’я. - Автономізація закладів (перехід у статус КНП). - Принцип «гроші ходять за пацієнтом». - Формування нової культури відповідальності постачальників медичних послуг.

Продовження Додатку А

IV етап (додаткова військова фаза) – Адаптація системи до умов війни	2022-2023	– Закон України № 2347-IX від 01.07.2022 (розширення пакетів послуг, фінансування військово-медичної служби).	– Розширення реабілітаційних, психологічних та відновлювальних послуг. – Адаптація фінансування під потреби часу війни. – Спрямованість на підтримку вразливих груп, зокрема військових і працівників критичної інфраструктури.
V етап (перспективний) – Формування майбутньої моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС)	2023-2030	– Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (МОЗ, 2022/2023). – Концептуальні акти щодо ОМС (на стадії розробки).	– Перехід до змішаної моделі фінансування (державна + роботодавець + громадянин). – Інституційне формування механізмів ОМС. – Орієнтація на партнерство між державою, роботодавцями та страховими організаціями.

*Джерело: сформовано автором [4; 6; 7; 8; 29]

Додаток Б

Програма заходів щодо удосконалення системи медичного страхування в Україні*

Мета:	Створення ефективної, прозорої та соціально орієнтованої системи медичного страхування в Україні, здатної забезпечувати універсальне охоплення населення, підвищувати якість та доступність медичних послуг і стимулювати розвиток добровільного страхування.
Завдання:	1. Підвищити фінансову спроможність системи та забезпечити стабільне державне і приватне фінансування. 2. Оптимізувати організаційну структуру системи медичного страхування для уникнення фрагментації та дублювання послуг. 3. Розширити охоплення населення базовим та добровільним медичним страхуванням. 4. Забезпечити адаптацію кращих міжнародних практик (ЄС, Нідерланди, Японія, Канада, Південна Корея, Ізраїль) відповідно до національних умов. 5. Підвищити довіру населення до системи страхування через інформаційні кампанії та прозорість фінансування. 6. Стимулювати розвиток електронних та телемедичних сервісів для покращення доступу до медичних послуг. 7. Підготувати систему до повоєнного відновлення та інтеграції з сучасними міжнародними стандартами охорони здоров'я.

Опис заходів

Напрямок програми	Конкретні заходи	Очікуваний ефект
Фінансування та економічна стабільність	- Впровадження змішаного фінансування (державні та приватні внески). - Створення стабілізаційного фонду для високовитратних процедур.	- Фінансова стійкість системи. - Покриття високовартісних медпослуг.
Організаційна структура	- Єдина інтегрована система адміністрування страхових фондів. - Регіональні координаційні центри.	- Оптимізація управління. - Підвищення ефективності витрат.
Розширення охоплення населення	- Обов'язковий базовий пакет для всіх. - Стимулювання добровільного страхування через пільги та субсидії.	- Збільшення охоплення. - Соціальна справедливість.
Адаптація міжнародного досвіду	- Інтеграція практик ЄС, Японії, Кореї, Нідерландів, Ізраїлю. - Пілотування моделей «керованої конкуренції» та змішаного фінансування.	- Ефективні механізми фінансування та управління. - Адаптація до національних умов.
Підвищення довіри населення	- Інформаційні кампанії про права та можливості страхування. - Прозорість фінансових потоків страхових фондів.	- Зростання довіри. - Збільшення добровільного страхування.
Технологічна модернізація	- Розширення eHealth та телемедицини. - Онлайн-платформи для оформлення і контролю страхових полісів.	- Підвищення доступності медпослуг. - Зниження адміністративних витрат.
Повоєнне відновлення	- Інтеграція нових регіонів та медзакладів. - Відновлення інфраструктури з урахуванням міжнародних стандартів.	- Швидка стабілізація та відновлення покриття; - Готовність до майбутніх викликів.

*Джерело: сформовано автором

Звіт подібності

Метадані

ДОКУМЕНТ

Заголовок

Запровадження програм медичного страхування та їх ефективність

Автор

Мартиненко

Науковий керівник / Експерт

Бондаренко

ІД документу

333208283

ОРГАНІЗАЦІЯ

Назва організації

Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman
KNEU

Підрозділ

кафедра соціоекономіки та управління персоналом

ЗВІТ

Дата звіту

1/30/2026

Дата редагування

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2



19680

Кількість слів



163672

Кількість символів

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		0
Інтервали		0
Мікропробіли		11
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		7

Джерела

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Копію тексту

#	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
1	https://forinsurer.com/news/25/11/14/45283	69 0.35 %
2	https://economdevelopment.in.ua/index.php/journal/article/download/1369/1319/	17 0.09 %
3	https://www.khm.gov.ua/uk/content/pro-zatverdzhennya-programy-rozvytku-pidtrymky-komunalnyh-zakladiv-ohorony-zdorovya-ta-4	16 0.08 %

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНО-ТРУДОВИХ ВІДНОСИН КНЕУ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА
УНІВЕРСИТЕТ ЗЕЛЕНОЇ ГУРИ (ПОЛЬЩА)
БАТУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ШОТА РУСТАВЕЛІ
(ГРУЗІЯ)
ЯГЕЛОНСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ, ЦЕНТР ДОСЛІДЖЕНЬ МІГРАЦІЇ
(ПОЛЬЩА)
ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ УНІВЕРСИТЕТУ ОСЛО (НОРВЕГІЯ)
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНИХ НАУКОВЦІВ

ЗБІРНИК ТЕЗ

Міжнародної науково-практичної конференції

ПРАЦЯ В ХХІ СТОЛІТТІ: НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ, СОЦІАЛЬНИЙ ВИМІР, ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК

присвяченої
60-й річниці кафедри соціоекономіки та управління персоналом

23-24 жовтня 2025 року

Київ, КНЕУ 2025

РОЛЬ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНОГО РОБОТОДАВЦЯ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ

Дієвість функціонування системи охорони здоров'я безпосередньо визначає рівень здоров'я населення країни, тому головною метою будь-якої системи є забезпечення максимально можливого покращення здоров'я людей при мінімальних витратах.

Вагомим компонентом системи охорони здоров'я будь-якої країни є медичне страхування, яке поділяється на обов'язкове та добровільне. Добровільне медичне страхування (ДМС) надає громадянам можливість самостійно обирати пакети медичних послуг, передбачені страховим полісом. До них можуть входити амбулаторне та стаціонарне лікування, швидка медична допомога й інші види медичних послуг. Клієнти також мають змогу визначати рівень медичних закладів, у яких отримуватимуть лікування. ДМС може бути частиною соціального пакету, який надає роботодавець, або оформлюватися особою самостійно як індивідуальне страхування [3, с. 118].

Ринок добровільного медичного страхування в Україні наразі знаходиться на стадії розвитку. Дослідження показують, що на сьогодні більше 95% громадян не мають медичного страхування. Це означає, що перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, оскільки є багато потенційних споживачів страхових послуг [6, с. 65].

В наш час система охорони здоров'я в Україні функціонує в умовах тривалого повномасштабного конфлікту, який глибоко вплинув на її організаційні та фінансові ресурси. Низька якість і обмежена доступність медичних послуг зумовлені надмірним навантаженням на медичну інфраструктуру, руйнуванням закладів охорони здоров'я, відтоком медичних кадрів та нестачею фінансових ресурсів. За таких умов особливо важливо впроваджувати альтернативні джерела фінансування, серед яких медичне страхування виступає дієвим інструментом забезпечення стабільності системи охорони здоров'я [2].

Добровільне медичне страхування надає громадянам можливість користуватися широким спектром якісних медичних послуг і водночас слугує доповненням до безоплатної медичної допомоги, яка надається населенню. Для підвищення якості медичного обслуговування та зміцнення фінансової стійкості системи охорони здоров'я України доцільно впровадити страхову медицину, зокрема створити фонди обов'язкового медичного страхування з регіональними представництвами та розробити ефективні механізми збору страхових внесків. Співпраця між суб'єктами обов'язкового медичного страхування має будуватися на основі договорів, що укладаються страховиками (фондами обов'язкового медичного страхування) зі страхувальниками (роботодавцями, суб'єктами господарювання), державними та приватними закладами охорони здоров'я і фармацевтичними підприємствами [1, с. 157-160].

Македон В. В. та Михайленко О. Г. вважають, що медичне страхування в умовах перетворення системи соціального захисту відображає як державні інтереси, так і потреби значної частини населення. Подібно до інших видів страхування, його основним призначенням є забезпечення соціального захисту громадян, що безпосередньо впливає на їхній добробут і рівень матеріальної забезпеченості. Основна мета медичного страхування полягає у гарантуванні населенню доступу до медичної допомоги та фінансуванні профілактичних заходів у разі настання страхового випадку. Загалом, головним завданням функціонування медичного страхування є забезпечення належного рівня охорони здоров'я як для працюючих, так і для непрацюючих верств населення [5, с. 31].

А ось на думку Коновалової Л. В. і Довжук В. В., медичне страхування може бути ефективним механізмом фінансування медицини, зменшуючи тиск на державний бюджет і витрати громадян на медичні послуги. Добровільне медичне страхування можуть забезпечити роботодавці та громадяни за свій рахунок [4, с. 20].

Як зазначає Білоцький В. А., післявоєнне відновлення України потребуватиме глибокої реорганізації соціальної сфери, особливо системи охорони здоров'я. Зростання потреби в медичних послугах серед цивільного

населення, військових, осіб з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб та інших вразливих категорій населення вимагає стабільного й достатнього фінансування. Оскільки держава не спроможна покривати всі витрати на охорону здоров'я виключно за рахунок бюджету, необхідно залучати додаткові джерела. Міжнародна практика свідчить, що запровадження ефективної системи медичного страхування підвищує доступність і якість медичних послуг, а також забезпечує фінансову стійкість системи охорони здоров'я [2].

Таким чином, медичне страхування є важливою складовою системи охорони здоров'я, що здатна забезпечити фінансову стабільність галузі та підвищити якість медичних послуг. В умовах післявоєнного відновлення України воно може стати ефективним механізмом залучення додаткових ресурсів і зменшення навантаження на державний бюджет. Добровільне медичне страхування може сприяти розширенню доступу населення до медичної допомоги, підвищенню рівня соціального захисту громадян і стійкості системи охорони здоров'я в цілому.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бєлова, О. О. (2023). Медичне страхування та проблеми його розвитку в Україні. *Молодий вчений*. 12 (124), 157-161. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-7>.
2. Білоцький, В. А. (2025). Теорії та механізми медичного страхування: світовий досвід та реалізація в Україні. *Фінанси. Банківська справа та страхування*, 73. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-73-114>.
3. Кириченко, С. О., Тарічева, М. Ю. (2024). Медичне страхування: перспективи та можливості для України. *Агросвіт*, 10, 116-121. <https://nayka.com.ua/index.php/agrosvit/article/view/3673/3708>.
4. Коновалова, Л. В., Довжук, В. В. (2025). Впровадження медичного страхування в практичну діяльність з наданням якісних медичних послуг в Україні. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. 2, 18-22. <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2025-2-3>.
5. Македон, В. В., Михайленко, О. Г. (2023). Напрямки розвитку медичного страхування в системі національної економіки країни. *Причорноморські економічні студії*. 79, 30-39. http://bses.in.ua/journals/2023/79_2023/6.pdf.
6. Попович, Д. В. (2022). Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений*. 10, 64-70. <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/5611>.