

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ІМЕНІ  
П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**РУДАКОВА ЛІНА ОЛЕГІВНА**

УДК 614.252:369.06

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**Обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери  
охорони здоров'я**

222 Медицина

22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело. У роботі не використовувалися інструменти штучного інтелекту. Всі розділи написані автором особисто. Наукові положення, висновки та результати є власним інтелектуальним внеском автора.

\_\_\_\_\_ Л.О. Рудакова

Науковий керівник:

Михальчук Василь Миколайович,  
доктор медичних наук, професор.

Київ – 2026

## АНОТАЦІЯ

Рудакова Л.О. Обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»). Київ: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика МОЗ України; 2026.

Дисертацію присвячено вирішенню актуального науково-прикладного завдання соціальної медицини, що полягає у науковому обґрунтуванні та розробленні концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, спрямованої на підвищення рівня їх соціального захисту, мінімізацію професійних ризиків та збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України.

Дослідження виконано відповідно до поставленої мети, об'єкта та предмета на основі спеціально розробленої поетапної програми із застосуванням принципів системного підходу та аналізу. У роботі використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів соціальної медицини, зокрема, бібліосемантичний, контент-аналізу, соціологічний, епідеміологічний, медико-статистичний, методи концептуального моделювання та експертних оцінок. Інформаційну базу дослідження становили наукові джерела, нормативно-правові акти, дані галузевої статистичної звітності, результати соціологічних та експертних опитувань. Отримані матеріали були систематизовані, статистично опрацьовані та узагальнені.

У роботі розвинуто теоретико-методологічні засади соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. На основі дослідження генезису страхових механізмів виокремлено історичні етапи розвитку соціального медичного страхування, що відображають еволюцію підходів до захисту медичних працівників від індивідуальних форм взаємодопомоги до сучасних багаторівневих моделей страхового забезпечення. Уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження шляхом формулювання авторських дефініцій понять «страхування»,

«соціальне страхування працівників сфери охорони здоров'я» та «соціальне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я», а також удосконалено класифікацію страхування за організаційно-правовими та функціональними ознаками.

На підставі комплексного аналізу міжнародного досвіду встановлено, що найбільш ефективними є системи, побудовані на принципах солідарності, обов'язковості страхового захисту, соціального партнерства та багатоканального фінансування. Обґрунтовано доцільність адаптації кращих міжнародних практик до умов України шляхом формування спеціалізованої системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як складової загальної системи соціального захисту населення.

Встановлено, що сучасний стан кадрового потенціалу, здоров'я та умов праці медичних працівників формує об'єктивну потребу у впровадженні системи соціального медичного страхування. Упродовж 2020–2024 років чисельність лікарів скоротилася на 13,36% (на 19 686 осіб), а середнього медичного персоналу – на 21,23% (на 58 056 осіб), що свідчить про поглиблення кадрової кризи в галузі. Стан здоров'я працівників сфери охорони здоров'я характеризується високим рівнем захворюваності та значною поширеністю хронічної патології. У структурі поширеності хвороб провідні позиції посідають хвороби системи кровообігу (33,0%), нервової системи (32,0%), опорно-рухового апарату (13,0%) та органів травлення (11,0%). Виявлено статистично значущі відмінності показників захворюваності між професійними групами медичних працівників: частота випадків захворювань зростає від 2,4 випадку на одного лікаря до 3,4 випадку серед молодшого медичного персоналу, а тривалість тимчасової непрацездатності - від 8,2 до 18,6 дня відповідно ( $p < 0,001$ ).

Виявлено тенденцію до зростання професійної захворюваності медичних працівників: кількість зареєстрованих випадків у 2019–2023 рр. збільшилася у 2,8 раза порівняно з періодом 2001–2015 рр. Встановлено, що ключовими чинниками негативного впливу на здоров'я медичних працівників є психоемоційне навантаження (53,0%), контакт з інфекційними хворими (27,0%) та фізичні

перевантаження (20,0%). Доведено наявність диференціації професійних ризиків залежно від категорії персоналу: для лікарів більш характерними є психоемоційні навантаження (87,5%;  $p=0,003$ ), тоді як для середнього та молодшого медичного персоналу - фізико-ергономічні та хімічні чинники ( $p=0,029$  та  $p=0,011$  відповідно). Сукупність виявлених медико-соціальних проблем свідчить про недостатню ефективність існуючих механізмів соціального захисту медичних працівників та обґрунтовує необхідність впровадження системи соціального медичного страхування, спрямованої на зниження професійних ризиків, збереження здоров'я і працездатності персоналу, підвищення рівня соціальних гарантій та зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України.

За результатами соціологічного дослідження встановлено високий рівень фінансової вразливості медичних працівників. Частка респондентів, які не можуть самостійно покрити витрати на якісне лікування, становила від 82,8% серед лікарів до 97,7% серед молодшого медичного персоналу ( $p<0,001$ ). Водночас від 53,1% до 64,1% опитаних були змушені співфінансувати власне лікування за рахунок особистих коштів. Підтримку впровадження системи соціального медичного страхування висловили 89,1–95,3% респондентів, що свідчить про сформований суспільно-професійний запит на її запровадження.

На підставі експертного опитування керівників закладів охорони здоров'я визначено структуру чинників інституційної готовності до впровадження соціального медичного страхування. Встановлено, що успішність функціонування системи визначається поєднанням фінансового компонента (30%) та організаційно-інституційних чинників (70%), серед яких провідне значення мають інституційна спроможність закладів охорони здоров'я і взаємодія зі страховими організаціями (по 20%), а також кадрове та інформаційно-цифрове забезпечення (по 15%).

Обґрунтовано соціально-економічні та фінансові передумови впровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Виявлено структурні диспропорції у фінансовому забезпеченні кадрового потенціалу галузі та обмеженість ресурсних можливостей чинної моделі фінансування через Програму медичних гарантій. Встановлено, що у 2025 році середня частка витрат

на оплату праці в бюджетах закладів охорони здоров'я становила 75,81%, а в окремих регіонах перевищувала 100% обсягу фінансування. Незважаючи на зростання середньогалузевих витрат на оплату праці на 21,4% упродовж 2022–2025 років, зберігаються суттєві міжрегіональні та міжпрофесійні диспропорції. Доведено доцільність формування багатоканальної моделі фінансування соціального медичного страхування із залученням державних, роботодавчих та страхових ресурсів.

Розроблено організаційно-правові засади функціонування системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Запропоновано авторське визначення гарантій забезпечення соціального медичного страхування як комплексу взаємопов'язаних правових, організаційних, фінансово-економічних і соціальних механізмів, спрямованих на реалізацію та захист прав застрахованих осіб. Обґрунтовано необхідність удосконалення нормативно-правового забезпечення шляхом прийняття спеціального закону та створення системи управління професійними страховими ризиками медичних працівників.

Доведено доцільність використання корпоративного медичного страхування як складової багаторівневої системи соціального медичного страхування. Встановлено, що корпоративні страхові програми забезпечують додатковий рівень соціального захисту, сприяють підвищенню кадрової стабільності, зниженню плинності кадрів та зміцненню конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я. Обґрунтовано необхідність державної підтримки розвитку корпоративного медичного страхування, яке нині формує близько 78% страхових премій на ринку добровільного медичного страхування України.

Науково обґрунтовано концептуальні засади та розроблено дворівневу структурно-функціональну модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, яка поєднує механізми загальнообов'язкового солідарного страхування та добровільного корпоративного страхового захисту. Особливістю моделі є інтеграція профілактичних, лікувально-реабілітаційних і компенсаційних механізмів, орієнтованих на збереження професійного здоров'я

медичних працівників, попередження професійно зумовленої патології та мінімізацію соціально-економічних наслідків захворюваності.

Результати експертної оцінки підтвердили високу наукову обґрунтованість, практичну значущість і перспективність впровадження розробленої моделі. За результатами опитування 30 експертів усі характеристики моделі отримали високі оцінки – від  $8,9 \pm 0,71$  до  $9,6 \pm 0,58$  бала. Найвищі значення зафіксовано за критеріями забезпечення соціального захисту медичних працівників ( $9,6 \pm 0,58$  бала), підвищення доступності медичних послуг ( $9,4 \pm 0,62$  бала), удосконалення медичного обслуговування персоналу галузі та покращення фінансово-ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я (по  $9,3$  бала), що підтверджує доцільність практичної реалізації запропонованої моделі в системі охорони здоров'я України.

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що вперше в Україні обґрунтовано та розроблено концептуальну модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, яка поєднує механізми загальнообов'язкового солідарного та добровільного корпоративного страхування, інтегрує профілактичний, лікувально-реабілітаційний і компенсаційний компоненти страхового захисту та передбачає страхування професійних ризиків і професійної відповідальності медичних працівників; визначено структуру чинників інституційної готовності закладів охорони здоров'я до впровадження соціального медичного страхування; обґрунтовано наявність соціо-професійного градієнта захворюваності, професійних ризиків і фінансової вразливості медичних працівників як підґрунтя для формування диференційованих механізмів страхового захисту.

*Удосконалено* теоретико-методологічні засади соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, організаційно-правові підходи до забезпечення їх страхового захисту та науково-методичні підходи до обґрунтування багатоканальної моделі фінансування соціального медичного страхування.

*Набули подальшого розвитку* наукові положення щодо ролі корпоративного медичного страхування у системі соціального захисту медичних працівників, методологічні підходи до адаптації міжнародного досвіду соціального медичного

страхування до умов України та медико-соціальне обґрунтування впливу професійних ризиків, захворюваності й фінансової незахищеності на кадровий потенціал галузі.

**Теоретичне значення одержаних результатів** полягає у розвитку наукових засад соціальної медицини щодо формування механізмів соціального захисту медичних працівників. Поглиблено теоретичні підходи до розуміння сутності соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, удосконалено понятійно-категоріальний апарат дослідження та науково обґрунтовано концептуальні, організаційно-правові й фінансово-економічні засади функціонування системи соціального медичного страхування. Отримані результати створюють теоретичне підґрунтя для подальших досліджень у галузі соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

**Практичне значення роботи** полягає у розробленні концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Результати дослідження можуть бути використані при розробленні нормативно-правових актів, державних і регіональних програм розвитку охорони здоров'я, а також у діяльності Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, закладів охорони здоров'я та страхових організацій для формування програм соціального і корпоративного медичного страхування. Практична реалізація запропонованих підходів сприятиме підвищенню рівня соціального захисту медичних працівників, зниженню негативного впливу професійних ризиків, зміцненню кадрового потенціалу та підвищенню стійкості системи охорони здоров'я України. Результати дослідження впроваджено на державному та галузевому рівнях.

**Ключові слова:** соціальне медичне страхування, соціальне страхування, медичне страхування, корпоративне медичне страхування, працівники сфери охорони здоров'я, соціальний захист, професійні ризики, захворюваність медичних працівників, кадровий потенціал, система охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, фінансові ризики, багатоканальне фінансування, державні фінансові

гарантії, Програма медичних гарантій, інституційна готовність, медична допомога, концептуальна модель, соціальна медицина.

## ANNOTATION

Rudakova L.O. Substantiation of Social Health Insurance for Healthcare Workers. Qualification scientific work in manuscript form.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 “Health Care” in the specialty 222 “Medicine” (scientific specialty “Social Medicine”). Kyiv: Shupyk National Healthcare University of Ukraine of the Ministry of Health of Ukraine; 2026.

The dissertation addresses an urgent scientific and applied problem in social medicine, which consists in the scientific substantiation and development of a conceptual model of social health insurance for healthcare workers, aimed at improving their social protection, minimizing occupational risks, and preserving the human resource potential of the healthcare system of Ukraine.

The study was conducted in accordance with its aim, object, and subject on the basis of a specially designed stepwise program using the principles of a systems approach and dialectical analysis. A complex of general scientific and special methods of social medicine was applied, including bibliosemantic, sociological, epidemiological, medical-statistical methods, as well as conceptual modeling and expert evaluation. The information base included scientific sources, regulatory and legal acts, sectoral statistical reporting data, and results of sociological and expert surveys. The obtained data were systematized, statistically processed, and summarized.

The theoretical and methodological foundations of social health insurance for healthcare workers were further developed. Based on the study of the genesis of insurance mechanisms, historical stages of social health insurance development were identified, reflecting the evolution of approaches to protecting healthcare workers - from individual mutual aid forms to modern multi-level insurance systems. The conceptual and categorical apparatus was refined through the formulation of authorial definitions of

“insurance,” “social insurance of healthcare workers,” and “social health insurance of healthcare workers,” and the classification of insurance was improved according to organizational-legal and functional criteria.

Based on a comprehensive analysis of international experience, it was established that the most effective systems are those built on the principles of solidarity, mandatory insurance coverage, social partnership, and multi-channel financing. The feasibility of adapting best international practices to the conditions of Ukraine was substantiated through the formation of a specialized system of social health insurance for healthcare workers as part of the overall social protection system.

It was established that the current state of the healthcare workforce, the health status of healthcare professionals, and their working conditions create an objective need for the introduction of a social health insurance system for healthcare workers. During 2020–2024, the number of physicians decreased by 13.36% (19,686 individuals), while the number of nursing personnel declined by 21.23% (58,056 individuals), indicating a deepening workforce crisis within the healthcare sector. The health status of healthcare workers is characterized by a high level of morbidity and a significant prevalence of chronic diseases. The leading positions in the disease structure are occupied by circulatory system diseases (33.0%), nervous system disorders (32.0%), musculoskeletal diseases (13.0%), and digestive system diseases (11.0%). Statistically significant differences in morbidity indicators were identified among professional groups of healthcare workers: the frequency of disease cases increased from 2.4 cases per physician to 3.4 cases among junior medical personnel, while the duration of temporary disability increased from 8.2 to 18.6 days, respectively ( $p < 0.001$ ).

An upward trend in occupational morbidity among healthcare workers was identified: the number of registered occupational disease cases in 2019–2023 increased 2.8-fold compared with the period 2001–2015. It was established that the key factors adversely affecting the health of healthcare workers are psycho-emotional stress (53.0%), contact with infectious patients (27.0%), and physical overload (20.0%). The study demonstrated the existence of differentiated occupational risks depending on staff category. Physicians were more likely to be exposed to psycho-emotional stress (87.5%;

$p = 0.003$ ), whereas physical-ergonomic and chemical hazards were more characteristic of nursing and junior medical personnel ( $p = 0.029$  and  $p = 0.011$ , respectively). The identified complex of medical, social, and occupational problems indicates the insufficient effectiveness of existing mechanisms of social protection for healthcare workers and substantiates the need to implement a social health insurance system aimed at reducing occupational risks, preserving the health and working capacity of personnel, strengthening social guarantees, and maintaining the human resources capacity of the healthcare system of Ukraine.

The sociological study demonstrated a high level of financial vulnerability among healthcare workers. The proportion of respondents unable to independently cover the costs of quality medical treatment ranged from 82.8% among physicians to 97.7% among junior medical staff ( $p < 0.001$ ). At the same time, 53.1% to 64.1% of respondents were forced to co-finance their own treatment from personal funds. Support for the introduction of social health insurance was expressed by 89.1–95.3% of respondents, indicating a strong socio-professional demand for its implementation.

Based on an expert survey of heads of healthcare institutions, the structure of factors determining institutional readiness for the implementation of social health insurance was identified. It was established that system effectiveness depends on a combination of financial components (30%) and organizational-institutional factors (70%), among which institutional capacity of healthcare facilities and interaction with insurance organizations are key (20% each), as well as human resources and information-digital support (15% each).

Socio-economic and financial preconditions for implementing social health insurance for healthcare workers were substantiated. Structural imbalances in financial provision of human resources and limitations of the current financing model under the Medical Guarantees Program were identified. In 2025, the average share of labor costs in healthcare facility budgets was 75.81%, exceeding 100% in some regions. Despite a 21.4% increase in average sectoral labor costs during 2022–2025, significant interregional and interprofessional disparities persist. The feasibility of a multi-channel financing model involving state, employer, and insurance resources was substantiated.

Organizational and legal foundations for the functioning of a social health insurance system for healthcare workers were developed. The author's definition of social health insurance guarantees was proposed as a set of interrelated legal, organizational, financial-economic, and social mechanisms aimed at implementing and protecting insured persons' rights. The need to improve the regulatory framework through the adoption of a special law and the creation of an occupational risk management system for healthcare workers was substantiated.

The feasibility of using corporate health insurance as a component of a multi-level social health insurance system was demonstrated. Corporate insurance programs were found to provide an additional level of social protection, contribute to staff stability, reduce turnover, and enhance the competitiveness of healthcare institutions. The need for state support for corporate health insurance development was substantiated, as it currently accounts for about 78% of insurance premiums in Ukraine's voluntary health insurance market.

The conceptual foundations were scientifically substantiated and a two-level structural-functional model of social health insurance for healthcare workers was developed, combining mechanisms of compulsory solidarity-based insurance and voluntary corporate insurance protection. A key feature of the model is the integration of preventive, therapeutic-rehabilitation, and compensatory mechanisms aimed at preserving occupational health, preventing occupational diseases, and minimizing socio-economic consequences of morbidity.

Expert evaluation results confirmed the high scientific validity, practical significance, and feasibility of implementing the developed model. Based on a survey of 30 experts, all model characteristics received high scores ranging from  $8.9 \pm 0.71$  to  $9.6 \pm 0.58$ . The highest scores were recorded for social protection of healthcare workers ( $9.6 \pm 0.58$ ), improved access to healthcare services ( $9.4 \pm 0.62$ ), improved medical service provision, and strengthened financial-resource support of healthcare institutions (9.3 each), confirming the feasibility of practical implementation in Ukraine's healthcare system.

**The scientific novelty of the study lies in the fact that, for the first time in Ukraine,** it substantiates and develops a conceptual model of social health insurance for healthcare workers combining compulsory solidarity-based and voluntary corporate insurance mechanisms; identifies the structure of institutional readiness factors of healthcare institutions for implementing social health insurance; and substantiates the existence of a socio-occupational gradient in morbidity, occupational risks, and financial vulnerability among healthcare workers as a basis for differentiated insurance protection mechanisms.

The theoretical and methodological foundations of social health insurance for healthcare workers were further developed, along with organizational and legal approaches to ensuring insurance protection and scientific-methodological approaches to substantiating a multi-channel financing model.

Further development was given to scientific provisions on the role of corporate health insurance in the social protection system of healthcare workers, methodological approaches to adapting international experience in social health insurance to Ukrainian conditions, and medico-social substantiation of the impact of occupational risks, morbidity, and financial insecurity on the human resource potential of the sector.

**The theoretical significance** lies in the development of scientific foundations of social medicine regarding mechanisms of social protection for healthcare workers. Theoretical approaches to understanding social health insurance were deepened, the conceptual apparatus was improved, and conceptual, organizational-legal, and financial-economic foundations of system functioning were scientifically substantiated. The results provide a theoretical basis for further research in social medicine, public health, and healthcare management.

**The practical significance** lies in the development of a conceptual model of social health insurance for healthcare workers. The results may be used in the development of regulatory acts, state and regional healthcare programs, and in the activities of the Ministry of Health of Ukraine, the National Health Service of Ukraine, healthcare institutions, and insurance organizations for forming social and corporate health insurance programs. Implementation of the proposed approaches will improve social protection of

healthcare workers, reduce occupational risks, strengthen workforce capacity, and increase healthcare system resilience. The results have been implemented at the national and sectoral levels.

**Key words:** social health insurance, social insurance, health insurance, corporate health insurance, healthcare workers, social protection, occupational risks, morbidity among healthcare workers, human resource potential, healthcare system, healthcare institutions, financial risks, multi-channel financing, state financial guarantees, Medical Guarantees Program, institutional readiness, medical care, conceptual model, social medicine.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці в яких опубліковані основні результати дисертації:*

1. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Характеристика захворюваності серед працівників сфери охорони здоров'я. *Клінічна і профілактична медицина*. 2023. № 8 (30). С. 108–118. DOI: 10.31612/2616-4868.8.2023.1. (Фахове видання України. Видання включено до міжнародної наукометричної бази Scopus)
2. Рудакова Л. О. Доктринальна характеристика корпоративного страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 2 (92). С. 53–60. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.2.13309>.
3. Рудакова Л. О. Трансформація загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 1 (19). С. 539–552. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1\(19\)-539-552](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1(19)-539-552).
4. Рудакова Л. О. Класифікація соціально-правової категорії «страхування». *Часопис Київського університету права*. 2022. № 1. С. 164–169. DOI: <https://doi.org/10.36695/2219-5521.1.2022.30>.

5. Рудакова Л. О. Характеристика основних етапів впровадження соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 4 (50). С. 2483–2495. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4\(50\)-2483-2494](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-2483-2494).

6. Rudakova L. Doctrinal Description of Social Medical Insurance for Health Care Employees (Pursuant to the Legislation of Ukraine). *Journal of Law and Political Sciences*. 2022. No. 35 (4). P. 176–193. URL: <http://journal-law.com>

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

1. Рудакова Л. О. Доцільність впровадження соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Trends of modern science and practice : materials of the V International Scientific and Practical Conference (Ankara, Turkey, February 8–11, 2022)*. Ankara, 2022. С. 265–270.

2. Рудакова Л. О. Формування сучасної моделі медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Полтавські дні громадського здоров'я : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Полтава, 26 травня 2023 року)*. Полтава, 2023. С. 92–97.

3. Рудакова Л. О. Класифікація комерційного та соціального страхування у межах страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні. *The latest information and communication technologies in education : abstracts of XI International Scientific and Practical Conference (Florence, Italy, November 27–29, 2023)*. Florence, 2023. С. 255–257. URL: <https://eu-conf.com/podacha-materialov>

4. Рудакова Л. О. Характеристика чинників, які впливають на здоров'я та працездатність працівників сфери охорони здоров'я, що зумовлюють впровадження соціального страхування. *Перспективні напрямки наукових досліджень : матеріали CXLIII Міжнародної інтернет-конференції (м. Чернівці, 31 травня 2024 року)*. Чернівці, 2024. С. 304–307. URL: [https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2024/07/Chernivtsi\\_31052024.pdf](https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2024/07/Chernivtsi_31052024.pdf).

5. Рудакова Л. О. Характеристика нормативно-правового регулювання соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Youth of*

*the 21st century: self-realization, value orientations, identification : materials of XXIX International Scientific and Practical Conference (Zagreb, Croatia). Zagreb, 2024. С. 135–137. URL: <https://eu-conf.com/events/youth-of-the-21st-century-self-realization-value-orientations-identification>.*

6. Рудакова Л. О. Класифікація комерційного та соціального страхування в Україні. *Стратегія екологічної безпеки України: соціально-економічний та правовий вимір : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (20 травня 2022 року, м. Львів). Львів, 2022. С. 200–204.*

7. Рудакова Л. О. Особливості соціального страхування в Україні. *Фінансова безпека як складова економічної безпеки держави: матеріали Круглого столу (30 листопада 2022 року, м. Київ). Київ, 2022. С. 9.*

8. Рудакова Л. О. Характеристика комерційного періоду розвитку медичного соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я буржуазної формації (період Нового часу). *Захист прав та інтересів дітей і жінок в умовах воєнного стану : матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Дніпро, 29 квітня 2022 року). Дніпро, 2022. С. 50–52.*

9. Рудакова Л. О. Особливості впровадження моделі корпоративного загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Адміністративно-правове забезпечення діяльності публічної адміністрації : матеріали XVII науково-практичного семінару (м. Київ, 21 жовтня 2021 року). Київ, 2021. С. 130–136.*

10. Рудакова Л. О. Сутність медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я під час воєнного стану в Україні. *Морально-правові засади публічного адміністрування у секторі безпеки та оборони : матеріали науково-практичного семінару (м. Київ, 22 лютого 2023 року). Київ, 2023. С. 210–216.*

11. Рудакова Л. О. Поняття та характеристика гарантій забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Правове забезпечення економічної безпеки держави : матеріали круглого столу (м. Київ, 30 травня 2023 року). Київ, 2023. С. 11.*

## ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	18
ВСТУП.....	19
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	29
1.1. Генезис становлення та розвитку соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я .....	29
1.2. Загальна характеристика сфер страхування в Україні.....	33
1.2.1. Загальна характеристика страхування: поняття та класифікація.....	33
1.2.2 Поняття загальнообов'язкового страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я .....	39
1.3. Міжнародний досвід медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.....	48
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	60
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ОСНОВА МОДЕЛЮВАННЯ ЇХ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ.....	77
3.1. Трансформація кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України як передумова обґрунтування моделі соціального медичного страхування працівників галузі .....	77
3.2. Медико-соціальна характеристика захворюваності та її професійних чинників ризику серед працівників сфери охорони здоров'я.....	99
РОЗДІЛ 4. СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВЕ ОБґРУНТУВАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	114
4.1. Соціально-економічні передумови функціонування медичної галузі та обґрунтування фінансових спроможностей впровадження СМС .....	114
4.2. Аналіз фінансово-страхового статусу медичного персоналу та оцінка інституційної готовності керівників закладів охорони здоров'я за результатами соціологічних опитувань .....	121
4.3. Гарантії забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я: організаційно-правовий аспект .....	128
4.4. Корпоративне страхування як різновид соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я: поняття та особливості.....	134

РОЗДІЛ 5. ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ .....	144
5.1. Концептуальні підходи до запровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні .....	144
5.2. Розробка та структурно-функціональна характеристика концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я .....	153
5.3. Експертна оцінки концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я .....	157
ВИСНОВКИ .....	163
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	167
ДОДАТКИ.....	187

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДМС – добровільне медичне страхування

ДСС – державне соціальне страхування

ЄС – Європейський Союз

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КМС – корпоративне медичне страхування

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ПМГ – Програма медичних гарантій

ПМСД – первинна медична допомога

СМС – соціальне медичне страхування

США – Сполучені Штати Америки

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

COVID-19 – коронавірусна хвороба 2019 року

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я України відбувається в умовах безпрецедентних і глибоких соціально-економічних, демографічних та безпекових викликів, які суттєво впливають на кадровий потенціал галузі, її фінансову стійкість та загальну ефективність функціонування. Наслідки пандемії COVID-19, тривале реформування механізмів фінансування медичної сфери та повномасштабна військова агресія проти України спричинили критичне зростання навантаження на медичних працівників. Ці чинники різко загострили проблему професійних ризиків, поглибили кадровий дефіцит через зовнішню та внутрішню міграцію фахівців і водночас актуалізували критичну необхідність кардинального удосконалення системи їхнього медико-соціального захисту.

У сучасних реаліях саме медичні працівники належать до однієї з найбільш вразливих професійних груп із надвисоким рівнями медичних, психологічних та соціально-економічних ризиків. Надмірна інтенсивність праці, постійний контакт із патогенами, значне психоемоційне навантаження, загрози професійного інфікування, синдром хронічного вигорання та передчасної втрати працездатності вимагають формування принципово нових, дієвих організаційних механізмів страхового захисту. Особливої гостроти зазначена проблема набула в умовах дії воєнного стану, коли до традиційних виробничих небезпек додалися загрози, пов'язані з функціонуванням закладів охорони здоров'я в умовах бойових дій, масовим переміщенням населення, руйнуванням медичної інфраструктури та критичним навантаженням на персонал лікарень.

Проблемам збереження людського капіталу галузі, дослідженням поширеності професійних захворювань медичного персоналу та розробці заходів їх профілактики присвячено значну кількість праць у галузі соціальної медицини та організації охорони здоров'я, а також гігієни праці [110- 124]. Водночас значний внесок у вивчення теоретико-методологічних, соціально-економічних і правових аспектів страхування, реформування системи загальнообов'язкового державного соціального захисту та стратегічних напрямів розвитку медичного страхування в Україні зробили провідні вітчизняні економісти й фахівці з публічного управління

[51, 59, 60, 62, 147, 149, 151, 160], а також зарубіжні дослідники, які вивчали концепції фінансування систем охорони здоров'я та досягнення загального охоплення медичними послугами [79, 80, 82, 87,91].

Попри високу цінність наявних наукових напрацювань, аналіз сучасної літератури свідчить, що питання комплексного наукового обґрунтування та розробки моделей соціального медичного страхування саме для працівників сфери охорони здоров'я залишається недостатньо дослідженим. Зокрема, у вітчизняній науковій літературі відсутні системні дослідження, що інтегрують медико-соціальні, організаційно-економічні та правові аспекти формування спеціалізованих страхових механізмів захисту медичних працівників як окремої професійної групи підвищеного ризику.

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває розробка науково обґрунтованої концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як цілісного системного інструменту, спрямованого на підвищення рівня їх соціального захисту, мінімізацію впливу професійних ризиків та збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України в умовах сучасних соціально-економічних викликів і трансформацій.

Недостатня наукова розробленість зазначених питань, їхня висока медико-соціальна значущість для функціонування галузі та держави загалом, а також необхідність формування дієвих механізмів комплексного захисту здоров'я медичних працівників зумовили вибір теми дисертаційного дослідження, визначили його мету та завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконувалася відповідно до плану наукових досліджень Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика та є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» (державний реєстраційний номер 01200U101680, термін виконання 2020-2024 рр.).

**Мета дослідження:** науково обґрунтувати та розробити концептуальну модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, спрямовану на підвищення рівня їх соціального захисту, мінімізацію професійних ризиків, збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України.

**Завдання дослідження,** зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Дослідити теоретико-методологічні засади становлення та розвитку соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, узагальнити міжнародний досвід його функціонування та визначити можливості адаптації кращих практик до умов України.

2. Проаналізувати сучасний стан кадрового потенціалу, рівень захворюваності та професійні ризики працівників сфери охорони здоров'я як передумови формування системи їх соціального медичного страхування.

3. За результатами соціологічного дослідження оцінити фінансово-страховий статус і ставлення медичного персоналу до соціального медичного страхування, а також визначити рівень інституційної готовності закладів охорони здоров'я до його впровадження.

4. Оцінити соціально-економічні та фінансові умови функціонування системи охорони здоров'я України та обґрунтувати необхідність запровадження багатоканальної моделі фінансування соціального медичного страхування медичних працівників.

5. Визначити організаційно-правові засади та гарантії забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, а також дослідити потенціал корпоративного страхування як складової системи їх соціального захисту.

6. Розробити концептуальні підходи та обґрунтувати структурно-функціональну модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я та здійснити її експертну оцінку.

**Об'єкт дослідження:** система соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – теоретико-методологічні, організаційно-правові, соціально-медичні та соціально-економічні засади формування і функціонування

соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, стан їх здоров'я, професійні ризики та захворюваність, а також механізми підвищення рівня соціального захисту, збереження кадрового потенціалу та вдосконалення системи медико-соціального забезпечення медичних працівників в Україні.

#### **Бази наукового дослідження:**

КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4»; КНП КОР «Київська обласна дитяча лікарня», АТ «Українська залізниця» філія «Центр охорони здоров'я» Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2; «Київська обласна клінічна лікарня»; КНП «Чернігівська обласна лікарня»). Період дослідження: 2022-2025 рр.

#### **Методи дослідження**

Методологічною основою дослідження став *системний підхід*, який дозволив розглядати соціальне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я як складну соціально-економічну та організаційно-функціональну систему, а також вивчати взаємозв'язки між її структурними елементами, чинниками формування та механізмами функціонування. *Метод системного аналізу* застосовано для комплексного дослідження об'єкта та предмета дослідження, виявлення проблемних аспектів соціального захисту медичних працівників і обґрунтування шляхів їх вирішення.

*Бібліосемантичний метод* використано для аналізу вітчизняних та зарубіжних наукових джерел, міжнародного досвіду функціонування систем соціального медичного страхування та визначення можливостей його адаптації до умов України.

*Контент-аналіз* - з метою дослідження нормативно-правової бази України щодо організації системи соціального захисту, охорони праці й страхового забезпечення медичних працівників, а також для систематизації понятійно-категоріального апарату.

*Соціологічний метод* (анкетне опитування) застосовано для вивчення ставлення медичних працівників і керівників закладів охорони здоров'я до впровадження соціального медичного страхування, оцінки рівня їхньої

поінформованості, потреб у страховому захисті та очікувань щодо функціонування відповідної системи.

*Медико-статистичний метод* використано для збору, обробки, аналізу та узагальнення даних щодо кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, показників захворюваності, професійних ризиків, медико-демографічних, соціально-економічних і фінансових характеристик галузі, а також для оцінки результатів дослідження.

*Епідеміологічний метод* застосовано для аналізу рівнів, структури та тенденцій захворюваності медичних працівників, визначення основних факторів ризику, пов'язаних із професійною діяльністю.

*Метод концептуального моделювання* використано для наукового обґрунтування та розроблення структурно-функціональної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, визначення її основних компонентів, принципів функціонування та механізмів реалізації.

*Метод експертних оцінок* застосовано для оцінювання наукової обґрунтованості, практичної доцільності та перспектив впровадження розробленої концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у теоретичному обґрунтуванні та новому вирішенні актуального науково-прикладного завдання соціальної медицини щодо розробки концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, спрямованої на підвищення рівня їх соціального захисту, збереження кадрового потенціалу та забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я України.

***Вперше в Україні:***

– розроблено та науково обґрунтовано концептуальні засади і дворівневу структурно-функціональну модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, яка поєднує механізми загальнообов'язкового солідарного та добровільного корпоративного страхування, інтегрує профілактичний, лікувально-реабілітаційний і компенсаційний компоненти

страхового захисту та передбачає страхування професійних ризиків і професійної відповідальності медичних працівників;

– комплексно обґрунтовано наявність соціо професійного градієнта здоров'я, захворюваності та фінансової вразливості працівників сфери охорони здоров'я, що дозволило визначити об'єктивні передумови для формування диференційованих підходів до страхового захисту різних категорій медичного персоналу;

– визначено структуру чинників інституційної готовності закладів охорони здоров'я до впровадження соціального медичного страхування, що дало можливість обґрунтувати ключові організаційні, кадрові, інформаційні та фінансові передумови ефективного функціонування страхової системи.

#### ***Удосконалено:***

– теоретико-методологічні засади соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я шляхом систематизації етапів його розвитку, уточнення понятійно-категоріального апарату та розширення класифікаційних підходів до страхування з урахуванням сучасних умов функціонування системи охорони здоров'я;

– організаційно-правові підходи до забезпечення соціального медичного страхування через обґрунтування системи гарантій страхового захисту медичних працівників як сукупності взаємопов'язаних правових, організаційних, фінансово-економічних і соціальних механізмів реалізації та захисту їх прав;

– науково-методичні підходи до оцінки соціально-економічних і фінансових передумов запровадження соціального медичного страхування шляхом обґрунтування необхідності переходу до багатоканальної моделі фінансування соціального захисту медичних працівників.

#### ***Дістали подальший розвиток:***

– наукові положення щодо ролі корпоративного медичного страхування як складової багаторівневої системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я та інструменту підвищення кадрової стабільності й конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я;

– медико-соціальне обґрунтування впливу професійних ризиків, захворюваності та фінансової незахищеності медичних працівників на збереження кадрового потенціалу галузі;

– методологічні підходи до адаптації міжнародного досвіду соціального медичного страхування до умов України на основі принципів солідарності, соціального партнерства, обов'язковості страхового захисту та превентивної спрямованості системи охорони здоров'я.

**Теоретичне значення одержаних результатів** полягає у подальшому розвитку наукових засад соціальної медицини щодо формування механізмів соціального захисту медичних працівників та забезпечення кадрової стійкості системи охорони здоров'я. У роботі поглиблено теоретичні підходи до розуміння сутності соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як складової системи громадського здоров'я та соціального захисту населення. Удосконалено понятійно-категоріальний апарат дослідження шляхом уточнення змісту понять «соціальне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я», «гарантії забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я» та «корпоративне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я». Розвинуто наукові підходи до оцінки впливу кадрових, медико-соціальних, професійних та фінансово-економічних чинників на формування потреби у впровадженні соціального медичного страхування. Науково обґрунтовано концептуальні принципи, організаційно-правові засади та структурно-функціональну модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, що створює теоретичне підґрунтя для подальших наукових досліджень у сфері соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у розробленні концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, яка може бути використана для вдосконалення системи їх соціального захисту, мінімізації професійних ризиків і зміцнення кадрового потенціалу галузі.

Результати дослідження можуть бути використані органами державної влади та місцевого самоврядування під час розроблення нормативно-правових актів, державних і регіональних програм розвитку охорони здоров'я, а також законодавчих ініціатив щодо впровадження соціального медичного страхування медичних працівників. Запропоновані організаційно-правові, фінансово-економічні та управлінські підходи можуть бути застосовані Міністерством охорони здоров'я України, Національною службою здоров'я України, закладами охорони здоров'я та страховими організаціями для формування та реалізації програм соціального і корпоративного медичного страхування.

Практична реалізація запропонованих підходів сприятиме підвищенню рівня соціальної захищеності медичних працівників, забезпеченню доступу до лікування та реабілітації без значних особистих витрат, наданню фінансової підтримки у разі втрати працездатності та зниженню негативних наслідків професійних ризиків. Для закладів охорони здоров'я система соціального медичного страхування може стати дієвим інструментом кадрової політики, підвищення привабливості роботодавця, залучення та утримання кваліфікованих працівників. На рівні системи охорони здоров'я впровадження результатів дослідження сприятиме збереженню кадрового потенціалу галузі, диверсифікації джерел фінансування соціального захисту, оптимізації бюджетних витрат та підвищенню стійкості й ефективності функціонування системи охорони здоров'я України.

*Результати дисертаційного дослідження впроваджено на державному та галузевому рівнях.*

На державному рівні наукові положення, методичні підходи та розроблена концептуальна модель використовуються у діяльності Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування під час підготовки та опрацювання нормативно-правових актів у сфері реформування системи фінансування охорони здоров'я та удосконалення механізмів соціально-страхового захисту медичних працівників.

На галузевому рівні результати дослідження впроваджено в освітню та наукову діяльність закладів вищої медичної освіти України, що підтверджено 5-ма актами впровадження.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійно виконаним науковим дослідженням. Автором особисто проведено патентно-інформаційний пошук, систематизовано та узагальнено вітчизняні й зарубіжні наукові джерела з проблематики соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет та методологію дослідження.

Здобувачем самостійно розроблено програму комплексного дослідження, сформовано його концептуальні та методичні засади, обґрунтовано вибір методів дослідження відповідно до поставленої мети та завдань. Автором розроблено інструментарій соціологічного дослідження, зокрема анкети для вивчення стану страхового захисту медичних працівників, рівня їх охоплення страховими програмами, фінансово-страхового статусу, ставлення до впровадження соціального медичного страхування та оцінки інституційної готовності закладів охорони здоров'я до його запровадження.

Особисто автором проведено збір первинної інформації, її систематизацію, статистичну обробку та інтерпретацію отриманих результатів. Медико-статистичний аналіз виконано із застосуванням ліцензійного програмного забезпечення STATA 12.1.

Автором самостійно здійснено наукове обґрунтування концептуальних засад соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, розроблено організаційно-правові підходи до його впровадження, сформовано концептуальну дворівневу структурно-функціональну модель соціального медичного страхування медичних працівників та проведено її експертну оцінку.

Усі розділи дисертації написані автором особисто. Самостійно підготовлено аналітичні матеріали, таблиці, рисунки, сформульовано наукові положення, висновки та практичні рекомендації.

**Апробація результатів дисертації.** Результати наукового дослідження оприлюднені на:

- The V International Scientific and Practical Conference «Trends of modern science and practice», February 8 – 11, 2022, Ankara, Turkey;
- Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 27 травня 2022 року, м. Полтава. Україна;

- The latest information and communication technologies in education. Abstracts of XI International Scientific and Practical Conference, November 27-29, 2023, Florence, Italy;
- XLIII Міжнародній інтернет - конференції «Перспективні напрямки наукових досліджень», 31 травня 2024 р, м. Чернівці, Україна;
- XXIX Міжнародній науково-практичній конференції «Youth of the 21st century: self-realization, value orientations, identification», July 22-24, 2024, Zagreb, Croatia;
- Міжнародній науково-практичній конференції «Стратегія екологічної безпеки України : соціально-економічний та правовий вимір», 20 травня 2022 року, м. Львів;
- Круглому столі «Фінансова безпека як складова економічної безпеки держави», 30 листопада 2022 року, м. Київ;
- Всеукраїнському науково-практичному семінарі : «Захист прав та інтересів дітей і жінок в умовах воєнного стану», 29 квітня 2022 року, м. Дніпро;
- XVII науково-практичному семінарі «Адміністративно-правове забезпечення діяльності публічної адміністрації», 21 жовтня 2021 року, м. Київ;
- Науково-практичному семінарі: «Морально-правові засади публічного адміністрування у секторі безпеки та оборони», 22 лютого 2023 року, м. Київ;
- Круглому столі: «Правове забезпечення економічної безпеки держави», 30 травня 2023 року, м. Київ.

**Публікації.** Результати дисертації опубліковані у 17 наукових працях: у 6-ти статтях у наукових фахових виданнях, у т.ч. 1-й статті у виданні, що входить до наукометричної бази Scopus; 11-ти тезах у збірках матеріалів Міжнародних науково-практичних конференцій та круглих столах.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 200 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 147 сторінок; містить 18 таблиць, 8 рисунків, 5 додатків. Текст складається із вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел. Бібліографія включає 178 джерел, із них: кирилицею – 153, латиною – 25; у т. ч. власних публікацій за темою дисертації – 17.

**РОЗДІЛ 1.**  
**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО**  
**СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
**(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

**1.1. Генезис становлення та розвитку соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я**

Дослідження генезису соціального медичного страхування медичних працівників потребує аналізу історичних аспектів розвитку інституту страхування загалом. Аналіз історії будь-якого правового інституту є необхідною передумовою для визначення закономірностей його розвитку, встановлення особливостей нормативного регулювання та окреслення перспектив подальшого вдосконалення. Більшість теоретичних конструкцій, зберігаючи свої основні риси, набуті за часів становлення, трансформуються залежно від конкретних соціально-економічних умов [1, с. 59].

Первинні форми страхування виникли ще у сиву давнину. Прототипи страхової діяльності зустрічаються у Вавилоні приблизно 4000 років тому. Зокрема, елементи взаємного страхування караванів від нападів розбійників містилися в законах вавилонського царя Хаммурапі (більш як за 2000 років до н. е.). У Стародавньому Єгипті на засадах взаємодопомоги існували релігійні товариства, які підтримували родини померлих членів [2, с. 6]. У 600-х роках до нашої ери в Індії укладали кредитні угоди з ознаками страхування, котрі в період середньовіччя стали основою для страхування морських перевезень. Найстародавніші правила страхування викладені в Талмуді, а у 916 році до н.е. базові страхові закони («ордонанси») було впроваджено на острові Родос. З часом, окрім майнового захисту, суспільство перейшло до особистого страхування життя та здоров'я.

На основі комплексного аналізу історичних джерел у процесі дослідження еволюції соціального медичного страхування медичного персоналу доцільно сформулювати такі періоди:

I-й започатковуючий (первісно-античний) період: від утворення перших держав у Месопотамії до падіння Західної Римської імперії в 476 р. н. е. (V ст.);

II-й встановлюючий (середньовічний) період: V ст.–XIV ст.;

III-й комерційний період (Нового часу): XVII ст. до поч. XX ст.;

IV-й оптимізаційний період (соціалістично-комуністичної формації): поч. XX ст.–поч. XXI ст.;

V-й удосконалюючий період (соціалістично-капіталістичної формації): поч. XXI ст. – до нашого часу.

У Стародавньому Римі (I-й період) особисте страхування розвивалося у формі професійних колегій та спілок, які забезпечували взаємодопомогу членів на випадок захворювання, каліцтва чи смерті. На відміну від первинних форм захисту, які не передбачали попереднього нагромадження коштів, римське страхування ґрунтувалося на обов'язковості регулярних платежів, що дозволяло акумулювати страховий фонд до настання страхового випадку [3]. Статути колегій регламентували й випадки втрати права на відшкодування, зокрема самогубство чи прострочення внесків [3]. Ключовими ознаками періоду є: взаємний характер захисту, фінансування через регулярні внески та наявність санкцій за порушення умов членства.

Після розпаду Західної Римської імперії античні форми страхування зникли [4]. У середні віки (II-й період) цей інститут відроджувався наново, поза прямим історичним спадкоємством [4]. Страхування поширювалося через діяльність гільдій та цехів, які забезпечували поховання медичних працівників, а також надавали їм допомогу у випадку хвороби, непрацездатності чи нещасного випадку. Спочатку принцип взаємодопомоги закріплювався у статутах без визначення конкретних розмірів допомоги, проте згодом сформувався поділ на майнове й особисте страхування, конкретизувалися умови виплат та перелік страхових випадків залежно від ступеня ризику [5, с. 9]. Основні особливості періоду: гільдійно-цеховий характер, поступове впровадження регулярних внесків та диференціація виплат за ступенем ризику.

У комерційний період (III-й період) цехове страхування втратило корпоративний характер. Важливим етапом стало обмеження страхових парі: у 1774 році в Англії було прийнято «Gambling Act», який забороняв договори страхування життя, якщо вигодонабувач не мав фінансового інтересу у події. Застосування методів наукової статистики, теорії ймовірностей та таблиць смертності вивело особисте страхування на якісно новий рівень [6, с. 76-77]. У 1762 році англійське товариство «Еквітебл» вперше впровадило чіткий розрахунок ризиків, що зумовило стрімке зростання кількості акціонерних компаній у Європі (зокрема, французької «Compagnie Royal d'Assurances» у 1787 р. та німецьких банків у 1828-1829 рр.). У цей же час диференціювалися види послуг - з'явилося страхування від конкретних хвороб чи операцій [7, с. 270]. В багатьох містах з'явилися лікарняні страхові каси. У Європі першим акціонерним товариством зі страхування життя стала «Compagnie Royal d'Assurances», створена в 1787 році у Франції. Із Франції акціонерна форма страхування життя поширилася на територію Італії (1826 р.). У Німеччині така форма страхування життя спочатку з'явилася в Гамбурзі (1806 р.). У 1828-1829 рр. було створено Німецький банк для страхування життя (у м. Готі) та Любекський банк страхування життя [2, с. 11].

В Україні ознаки страхових відносин фіксувалися у звичаях чумацтва (XIII-XV ст.), де збитки відшкодовувалися спільно, хоча попередній резервний фонд не створювався [8, с. 18]. Основні ознаки періоду: еволюція організаційних форм, нормативно-правове регулювання та виникнення класичного договору страхування життя.

Оптимізаційний період (IV-й період) характеризувався розбудовою великих страхових структур. Одним із перших вітчизняних актів, що регулювали ризикові договори, стало Зібрання малоросійських прав 1807 року [9, с. 375]. Протягом XIX ст. комерційні компанії активно розвивалися з метою отримання прибутку [10, с. 19; 11, с. 13-14]. Створення лікарень для робітників започаткувало фабрично-земську медицину. Законодавчий акт 1861 року легітимізував товариства взаємодопомоги, що зумовило появу лікарняних кас, а перша страхова компанія в Україні виникла у 1863 році в Полтаві [12, с. 16]. Наприкінці XIX ст. робітники промислових центрів

(Одеси, Миколаєва, Херсона) за власні кошти створювали товариства взаємодопомоги для покриття витрат на лікування [13, с. 107; 14, с. 369-370]. Проте приватна форма добровільного страхування виявилася малоефективною: у 1896 році виплати потерпілим становили лише 23,9% від внесків, а 76,1% залишалися прибутком компаній, що спонукало підприємців підтримати ідею некомерційного взаємного страхування [15]. У 1911 році в Чернівцях було засновано товариство «Карпатія» [16, с. 252].

Закон 1912 року «Про соціальне страхування на випадок хвороби» вперше запровадив обов'язкове медичне страхування та затвердив статус заводських і об'єднаних лікарняних кас [15]. Вони організовували безкоштовну медичну допомогу, відкривали амбулаторії та залучали лікарів на договірних засадах [17, с. 11]. Після 1917 року лікарняні каси тимчасово трансформувалися, у 1921 році були ліквідовані, але з відновленням НЕПу відродилися [11, с. 15-16]. На західноукраїнських землях у 1920 році польським декретом було запроваджено обов'язкове територіальне медичне страхування [11, с. 21]. У радянський період колективне страхування на випадок смерті, введене у 1929–1930 роках, через збитковість скасували у 1936 році, замінивши його добровільним індивідуальним страхуванням [18, с. 29]. Згодом постановами 1942, 1947 та 1956 років було модернізовано правила змішаного та довічного страхування [7, с. 272]. У Цивільному кодексі Української РСР 1963 року ці відносини регулювалися єдиною главою 31 [19]. Після проголошення незалежності базовим актом став Декрет КМУ «Про страхування» 1993 року [20]. Новим етапом модернізації ринку став Закон України «Про страхування» від 18 листопада 2021 року № 1909-ІХ, який адаптував вітчизняні стандарти до європейських вимог щодо платоспроможності та системи управління страховиків [20].

Сучасний удосконалюючий період (V-й період) розпочався із прийняттям Цивільного кодексу України 2003 року, який виділив страхування в окремий приватно-правовий інститут [19]. Серед страхових компаній значного поширення набуло добровільне медичне страхування. З 2017 року в Україні розпочався активний процес переведення системи охорони здоров'я на страхову модель. На

сьогодні профільна законодавча база для загальнообов'язкового медичного страхування медичних працівників перебуває на етапі формування; регулювання здійснюється загальними нормами ЦК України та Закону «Про страхування». Спроби нормативного закріплення цієї моделі відображені у законопроекті «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні», зареєстрованому О. В. Богомолець 02 серпня 2016 року [21]. Проект пропонує впровадити договірне регулювання системи (договори між страхувальником і страховиком та між страховиком і закладом охорони здоров'я). Проте дискусійними залишаються питання визначення обсягів допомоги та акредитації медичних закладів. Ключовими характеристиками сучасного етапу є незавершеність формування спеціального законодавства, посилення приватно-правових засад та поступове вдосконалення механізмів правового регулювання соціально-страхових відносин.

Таким чином, інститут медичного страхування є історично зумовленим і динамічним механізмом захисту майнових інтересів суспільства від ризиків, еволюція якого на кожному історичному етапі безпосередньо відображала специфіку соціально-економічного та правового розвитку держави.

## **1.2. Загальна характеристика сфер страхування в Україні**

### **1.2.1. Загальна характеристика страхування: поняття та класифікація**

Дослідження генезису та розвитку соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я потребує аналізу сутності страхування та його класифікації. Для цього доцільно розглянути такі правові категорії, як страхування, добровільне та обов'язкове страхування, державне, недержавне, корпоративне, соціальне і медичне страхування.

Історично виникнення страхування пов'язане з потребою людини в безпеці. Відповідно до піраміди потреб А. Маслоу, безпека є другою за значенням потребою після фізіологічних [22, с. 371]. Саме прагнення захистити життя, здоров'я та майно від можливих ризиків стало підґрунтям формування страхування як суспільного інституту.

Згідно із Законом України «Про страхування», страхування є видом цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних і юридичних осіб у разі настання страхових випадків за рахунок спеціально сформованих фондів [20].

У теоретико-правовій доктрині страхування характеризується через різні аспекти його функціонування. Зокрема, за критерієм виду діяльності дослідники у сфері адміністрування визначають страхування як:

- особливий вид договірних цивільно-правових відносин із захисту майнових інтересів фізичних або юридичних осіб у разі настання визначених подій (страхових випадків) за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати цими особами страхових платежів (страхових премій) чи внесення ними страхових внесків [23, с. 17];

- різновид людської діяльності, спрямований на захист майнових інтересів юридичних та фізичних осіб, що потерпіли у зв'язку з настанням страхових випадків, визначених договором чи страховим законодавством, за рахунок страхових фондів, які формуються учасниками страхування [24 с. 111]. Запропоновані позиції теоретиків акцентують увагу на визначенні страхування у майновій площині, що є виправданим під час виплати страхових внесків.

- вид господарської діяльності спеціалізованих установ, пов'язаної із формуванням грошових фондів за рахунок сплати страхових внесків (премій, платежів) юридичними і фізичними особами з метою покриття їх майбутньої потреби у захисті інтересів у разі настання страхових випадків та з поповненням цих фондів в процесі ефективного розміщення тимчасово вільних коштів на фінансовому ринку [25, с. 7]. Запропоноване трактування в своїй основі предметом страхування визначає як вид господарської діяльності спеціалізованих установ, що є доречним, так як без суб'єктів публічного адміністрування сфера страхування функціонувати не може;

- як вид підприємницької діяльності, який здійснюється спеціалізованими установами (страховими компаніями) на основі отриманої ліцензії з метою отримання прибутку за допомогою акумуляції фінансових ресурсів юридичних і фізичних осіб (страхувальників), створення на їх основі страхових резервів для

здійснення страхових виплат при настанні несприятливих подій, обумовлених договором страхування [26, с. 56].

За категорією «економічні й фінансові відносини» можна характеризувати поняття «страхування» на основі таких теоретичних поглядів як:

- двосторонні економічні відносини, як полягають у тому, що страхувальник, сплачуючи грошовий внесок, забезпечує собі (чи третій особі) у разі настання події обумовленої договором або законом, суму виплати з боку страховика, який утримує певний обсяг відповідальності і для її забезпечення поповнює та ефективно розміщує резерви, вживає превентивні заходи, спрямовані на зменшення ризику, а при потребі перестраховує частину своєї відповідальності [27, с. 234];

- система економічних відносин, пов'язана з процесом формування спеціальних цільових фондів грошових коштів особливими суб'єктами підприємницької діяльності - страховиками, та використанням таких фондів у зв'язку із настанням непередбачуваних подій в суспільстві, які можуть спричинити збитки його членам – страхувальникам [28, с. 10]. Представлені вище авторські позиції формулюють детермінанти страхування лише через економічні відносини, з чим погодитися в повній мірі ми не можемо, так як ці відносини формуються у різних сферах публічного адміністрування і у цивільно-правових відносинах;

- вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів [29, с. 125].

За категорією «економіко-правове й соціальне явище» формулювання дефініції «страхування» можна визначити на теоретичному рівні як:

- укладання договору між юридичною або фізичною особою та страховою компанією й прийняття останньою на себе певного ризику свого клієнта [30, с. 146];
- як економіко-правове і соціальне явище у 4 позиціях: інституціональна, платна система фінансової компенсації, інструмент реалізації соціальної політики держави, галузь національної та світової економіки [31, с. 136].

В. М. Фурман визначає страхування як механізм компенсації збитків, елемент системи соціального захисту населення та складову національної економіки [ 32, с. 12].

Отже, страхування доцільно визначати як діяльність уповноважених суб'єктів, спрямовану на захист життя, здоров'я та майнових інтересів осіб шляхом формування страхових фондів і здійснення страхових виплат на підставі закону або договору.

Для повнішого розуміння сутності страхування важливо здійснити його класифікацію. Поняття «класифікація» означає поділ явищ і процесів на групи за спільними ознаками [ 33, с. 33]. Її значення полягає в систематизації знань та встановленні взаємозв'язків між окремими категоріями [27, с. 145]. На необхідності чіткої класифікації для розвитку науки та практики наголошують також Н.В.Ткаченко та Т. В. Яворська [34, 35 ].

В еволюційному аспекті розвитку страхової справи першочергово сформувалися такі окремі напрями, як страхування від вогню, градобобою, падежу худоби, а також транспортне страхування, страхування життя та від втрати працездатності [34, 35]. Проте для системного аналізу цієї категорії дослідники найчастіше застосовують поділ страхування за історичними, економічними та юридичними ознаками [ 36, с. 123; 37, с. 46; 38, с. 156].

За історичною ознакою О. Д. Вовчак виокремлює морське страхування (з XIV ст.), страхування життя (з XVI ст.), страхування від вогню (з XVII ст.), страхування від нещасних випадків (з XIX ст.) та страхування транспортних засобів (з XX ст.) [39 ].

Відповідно до Закону України «Про страхування» до класів страхування життя належать: страхування життя, страхування до шлюбу або народження дитини, інвестиційне страхування життя, безперервне страхування здоров'я та пенсійне страхування [40]. Страхування життя є довгостроковим видом страхування, що охоплює ризик дожиття до закінчення строку договору або смерті застрахованої особи [40].

Страхові компанії в Україні поділяються на дві основні групи: компанії зі страхування життя та компанії загального страхування. Такий підхід відповідає міжнародній практиці («Life assurance» та «Non-life insurance») [41].

Важливим класифікаційним критерієм є рід небезпеки. За цим критерієм виділяють страхування ядерних, космічних, морських, кредитних і фінансових ризиків [41, с. 31].

За статусом страховика страхування поділяється на державне, комерційне та взаємне [41, с. 31]. Державне страхування здійснюється за рахунок бюджетних коштів, комерційне має на меті отримання прибутку, а взаємне базується на неприбутковому об'єднанні учасників для спільного покриття ризиків [41, с. 31].

За предметом договору розрізняють особисте страхування, майнове страхування та страхування відповідальності. Особисте страхування охоплює страхування життя, страхування від нещасних випадків і медичне страхування. Його об'єктом є життя, здоров'я та працездатність людини [42; 43].

Страхування життя забезпечує захист майнових інтересів, пов'язаних із життям і смертю особи [42]. Особливістю страхування від нещасних випадків є те, що страховим випадком виступають наслідки нещасного випадку - втрата життя, здоров'я чи працездатності [43]. Медичне страхування відшкодовує витрати на лікування та може бути як короткостроковим, так і довгостроковим [44].

Майнове страхування спрямоване на захист інтересів, пов'язаних із володінням, користуванням та розпорядженням майном [43]. Страхування відповідальності забезпечує відшкодування шкоди, завданої третім особам унаслідок дій або бездіяльності страхувальника.

Страховання також класифікують за ступенем свободи волевиявлення (добровільне та обов'язкове), за метою (соціальне і комерційне), за об'єктом страхування та за родом небезпеки [24, с. 89]. Такі класифікації мають важливе практичне значення, оскільки дозволяють враховувати специфіку страхового захисту різних категорій ризиків [24, с. 90].

За метою страхування поділяється на комерційне та соціальне. Комерційне страхування є різновидом підприємницької діяльності, спрямованої на отримання прибутку від надання страхових послуг [24, с. 91]. Соціальне страхування являє собою гарантовану державою систему захисту громадян у разі старості, захворювання, втрати працездатності та інших соціальних ризиків [24, с. 92].

Система соціального страхування має дві основні функції: відновлення та збереження працездатності громадян і матеріальне забезпечення осіб, які її втратили [24, с. 92]. В Україні її функціонування регулюється Законами України «Про страхування», «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» [ 40; 45], «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» [ 46].

Водночас розвиток системи соціального страхування супроводжувався проблемами нецільового використання коштів та недосконалого управління фондами, що зумовило необхідність реформування системи на основі страхових внесків роботодавців і застрахованих осіб.

Основною відмінністю між комерційним і соціальним страхуванням є характер зв'язку між внесками та страховими виплатами. У комерційному страхуванні цей зв'язок є прямим, тоді як у соціальному значною мірою діють механізми перерозподілу доходів [24, с. 95-97].

За формою здійснення страхування поділяється на добровільне та обов'язкове. Обов'язкове страхування встановлюється державою для захисту суспільно значущих інтересів і поширюється на ризики, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю громадян [24, с. 95-97]. У сфері охорони здоров'я до нього належать медичне страхування, страхування медичних і фармацевтичних

працівників від інфікування ВІЛ та страхування працівників закладів охорони здоров'я від професійних інфекційних захворювань [44].

Добровільне страхування здійснюється на підставі договору між страховиком і страхувальником. До його основних видів належать страхування життя, страхування від нещасних випадків, медичне страхування, страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат [44].

На законодавчому рівні відсутні окремі визначення добровільного та обов'язкового страхування. У зв'язку з цим добровільне страхування доцільно визначати як систему цивільно-правових відносин, що виникають на підставі вільного волевиявлення сторін, а обов'язкове - як систему правовідносин, що виникає незалежно від волі учасників і спрямована на захист суспільно значущих інтересів.

Соціальне страхування працівників сфери охорони здоров'я являє собою сукупність правовідносин між страховиком, роботодавцем і працівником, які реалізуються у разі настання страхового випадку.

Узагальнюючи викладене, страхування доцільно класифікувати: за формою (добровільне, обов'язкове); за предметом (страхування життя і здоров'я, майнове, відповідальності); за статусом страхувальника (фізичних та юридичних осіб); за статусом страховика (державне, комерційне, взаємне); за строком (довгострокове і короткострокове); за умовами укладення договору (традиційне та онлайн); за метою (соціальне і комерційне); за формою організації (індивідуальне, колективне, корпоративне).

### **1.2.2 Поняття загальнообов'язкового страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я**

Україна як соціальна держава спрямовує свою політику на забезпечення соціальної захищеності, соціального діалогу і соціальної солідарності суспільства, гарантуючи громадянам право на соціальний захист. Одним із ключових інструментів досягнення цієї мети є система соціального страхування [47, 48]. У межах нашого дослідження надано ґрунтовну характеристику соціального

медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як видової категорії страхової системи загалом. Для з'ясування сутності цього інституту правову базу диференційовано за такими детермінантами, як «соціальне страхування», «загальнообов'язкове державне соціальне страхування», «добровільне соціальне страхування», «соціальне медичне страхування» та «соціальне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я».

Досліджуючи поняття «соціальне страхування», з'ясовано, що воно є автономним різновидом страхування, який може здійснюватися як на загальнообов'язковій, так і на добровільній основі. Соціально-політична консолідація суспільства є важливою передумовою сталого розвитку та успішної інтеграції України до європейського співтовариства. Розбудовуючи правові демократичні засади громадянського суспільства, держава намагається всебічно поєднувати політику економічних реформ з активною соціальною політикою, перенесенням основних її акцентів насамперед на частину населення, яке працює [48, с. 11]. З метою ефективною реалізації цієї стратегії та забезпечення громадян європейськими стандартами життєдіяльності необхідно мінімізувати матеріальні та соціальні ризики за допомогою дієвих державних механізмів.

Для гарантування права на соціальний захист держави світу виділяють значні фінансові ресурси, які в середньому становлять 10-15% від обсягу ВВП. Ефективність використання цих коштів безпосередньо залежить від структурної організації національної системи захисту, в якій наразі сформувалися три основні складові: соціальне забезпечення, соціальна допомога та соціальне страхування [48, с. 11]. Соціальне страхування функціонує одночасно з іншими формами, проте відрізняється від них джерелами формування фінансових ресурсів, принципами організації, а також видами й обсягами виплат. Розміри цих виплат відображають рівень зрілості суспільних відносин та реальне втілення в життя положень Конституції України щодо розбудови соціальної держави.

На сучасному етапі в Україні існують дві паралельні системи: державне загальнообов'язкове соціальне страхування та недержавне добровільне соціальне страхування (останнє фінансується через недержавні пенсійні фонди, приватні

страхові компанії тощо). Обов'язкове соціальне страхування є різновидом державних соціальних гарантій, які забезпечуються через цільові позабюджетні (державні або суспільні) фонди. У разі виникнення дефіциту цих фондів держава надає їм субсидії з державного бюджету, виступаючи офіційним гарантом їхньої фінансової стійкості та повної реалізації затверджених програм [48, 49].

Основні засади, принципи та завдання цього інституту Україна закріпила у Концепції соціального забезпечення населення України [50], виокремивши базові грані структурної моделі страхування в реформаторських умовах. Завдяки цьому страхова модель відокремилася від класичної державної соціальної допомоги особам, які через непрацездатність або відсутність джерел доходів не в змозі самотійно забезпечити своє існування і фінансуються напряму з державного та місцевих бюджетів. Наразі вітчизняні системи пенсійного забезпечення та соціального страхування охоплюють близько 26 млн застрахованих осіб та 13,8 млн пенсіонерів, що становить майже 84% населення України [51]. Пенсійне страхування покриває виплати за віком, за вислугу років, по інвалідності та в разі втрати годувальника (за винятком інвалідності, отриманої внаслідок нещасного випадку на виробництві). Під впливом соціально-економічної трансформації суспільства становлення елементів соціального страхування в Україні відбувалося досить динамічно, хоча й характеризувалося певною непослідовністю розвитку окремих механізмів.

Розглядаючи різновиди цього інституту, зазначимо, що п. 3 ст. 1 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» визначає загальнообов'язкове державне соціальне страхування як систему прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає страхові виплат та надання соціальних послуг застрахованим особам за рахунок однойменних цільових коштів у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, від нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання [46]. Також у науковій літературі його формулюють як вид страхування, за яким здійснюється матеріальне забезпечення окремих категорій громадян у разі хвороби чи травми за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати обов'язкових внесків на підставі закону [52]. О. Москаленко

детермінує загальнообов'язкове державне соціальне страхування як форму соціального забезпечення населення, що становить собою сукупність створюваних та гарантованих державою економічних, організаційних і правових заходів, спрямованих на компенсацію або мінімізацію наслідків погіршення матеріального становища працівників у разі хвороби, втрати працездатності, годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, старості чи інших ризиків за рахунок цільових страхових фондів [53, с. 253].

У класифікації соціального страхування окреме місце посідає страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, яке є самостійним видом загальнообов'язкового державного страхування і на сучасному етапі адмініструється через Пенсійний фонд України. Страховим випадком тут визнається подія, з настанням якої виникає право застрахованої особи (або членів її сім'ї) на отримання грошового забезпечення чи соціальних послуг [46].

Статистичні дані свідчать про масштабність цієї системи: станом на 1 січня 2024 року кількість страхувальників у Пенсійному фонді України становила 4 236 285 осіб (із них юридичних осіб - 2 548 964, фізичних осіб - 1 714 321, а добровільно застрахованих осіб - 52). У 2021 році доходи фонду сягнули 17 753,1 млн грн (99,3% від планового показника), де страхові внески становили 16 858,8 млн грн [54]. За 2022 рік сума витрат фонду на фінансування матеріального забезпечення склала 9 546,8 млн грн, де допомога з тимчасової непрацездатності становила 6 167,8 млн грн (64,4% від загальної суми), допомога у зв'язку з вагітністю та пологами - 3 318,4 млн грн (35,2%), а допомога на поховання - 39,5 млн грн (0,4%). У регіональному розрізі найбільші обсяги виплат зафіксовані у місті Києві (21,9%), Дніпропетровській (10,3%), Львівській (6,8%), Харківській (6,1%), Донецькій (5,7%), Одеській (4,9%), Запорізькій (4,8%) та Київській (4,4%) областях. Загалом за 2022 рік сума фактичних витрат на матеріальне забезпечення зросла на 2 120,6 млн грн (або на 29,0%) порівняно з попереднім роком [55].

Оскільки життя і здоров'я людини є найвищою соціальною цінністю, а якісні медичні послуги (особливо при складних патологіях) потребують значних фінансових видатків, медичне страхування набуває життєво важливого значення

[56]. Воно визначається як вид особистого страхування, який гарантує особі отримання кваліфікованої медичної допомоги та компенсацію витрат, пов'язаних із виникненням проблем зі здоров'ям [56]. Відповідно до Закону України «Про страхування», цей інститут покриває ризики страхування життя і здоров'я та поділяється на добровільну й обов'язкову форми. У свою чергу, Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» трактує загальнообов'язкове медичне страхування як інструмент забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та реалізацію державних гарантій щодо одержання безоплатної медичної допомоги [57].

Аналіз категорії «медичне соціальне страхування» свідчить про відсутність єдиного доктринального підходу до визначення її сутності. У чинному законодавчому полі під медичним страхуванням розуміють вид особистого страхування, який передбачає обов'язки страховика з оплати включеної до програми лікувальної, лікарської та профілактичної допомоги за рахунок цільових фондів, сформованих коштами підприємств, органів влади та громадян [58, с. 55-56]. На теоретичному рівні наукові погляди на цю дефініцію можна згрупувати за предметом їхнього трактування:

- **Як різновид страхування:** Л. Ф. Волохова та Д. О. Остапенко розглядають його як вид особистого страхування на випадок втрати здоров'я, що гарантує надання медичної допомоги за рахунок накопичених ресурсів, а також фінансування превентивних медичних заходів [59, с. 36];
- **Як специфічну соціально-економічну форму:** В. Д. Базилевич визначає його як форму особового страхування, що гарантує отримання медичної допомоги при настанні страхової події через систему нагромаджених фондів [60, с. 67]. Н. М. Внукова трактує його як форму соціального захисту населення в царині охорони здоров'я, пов'язану з прямою компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування [61, с. 134]. Д. Д. Третяк аналогічно бачить у ньому форму соціального захисту, сутність якої полягає в гарантуванні оплати послуг медичного характеру за рахунок акумульованих коштів [62, с. 44].

З урахуванням наведених підходів запропоновано авторське визначення: **медичне страхування** - це різновид соціального страхування, що реалізується у вигляді надання страхової послуги медичного характеру, метою якої є компенсація витрат особи на оплату медичної допомоги та сприяння збереженню її життя і здоров'я.

Перш ніж перейти до аналізу захисту персоналу лікарень, необхідно окреслити статус обов'язкового медичного страхування в країні. Хоча воно є невід'ємною частиною системи соціальних гарантій, в Україні цей сектор законодавчо не врегульований. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування в Україні» було внесено до Верховної Ради 04 жовтня 2018 року [63], проте вже 29 серпня 2019 року його відкликали. Попри відсутність профільного закону, в державі діють базові обов'язкові гарантії медичних послуг: 1) допомога у разі хвороби (первинна медична допомога та забезпечення пацієнтів ліками за рецептами, реабілітація); 2) допомога при вагітності та пологах; 3) послуги з видачі офіційних медичних документів. Світовий досвід підтверджує, що впровадження обов'язкового медичного страхування є безальтернативним.

У цьому контексті загальнообов'язкове соціальне медичне страхування виступає формою фінансового забезпечення витрат громадян (і медичних працівників зокрема) на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію за рахунок грошових фондів (страхових резервів страховика та Фонду обов'язкового медичного страхування), які формуються шляхом сплати роботодавцями й застрахованими особами регулярних внесків [63]. Основними цілями цієї системи є:

1. встановлення державних гарантій захисту прав громадян на безоплатну медичну допомогу на засадах соціальної рівності й доступності незалежно від віку, статі та стану здоров'я;
2. забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості;
3. підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я;

4. створення передумов для розвитку прозорих ринкових відносин у медичній сфері [63].

Страховання медичного персоналу в сучасних умовах є надзвичайно актуальним питанням і може здійснюватися як в обов'язковій, так і в добровільній формі. За міжнародними стандартами захист здоров'я лікарів є обов'язковим елементом трудових відносин. Українські ж медики наразі змушені розраховувати переважно на програми добровільного медичного страхування (ДМС). Водночас в Україні діє низка нормативно-правових актів, які закріплюють право медичних працівників на загальнообов'язковий захист (у тому числі за рахунок власника закладу) у разі заподіяння шкоди їхньому життю і здоров'ю під час виконання професійних обов'язків:

- Конституція України (ст. 46, 49): визначає, що громадяни мають право на соціальний захист у разі повної або тимчасової втрати працездатності, що гарантується державним соціальним страхуванням за рахунок внесків підприємств та громадян [64]. Це дає підстави стверджувати, що медичне страхування персоналу має фінансуватися власником медичного закладу.
- Кодекс законів про працю України (ст. 253–255): передбачає, що всі особи, які працюють за трудовим договором (контрактом) незалежно від форми власності підприємства, підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню [65].
- Основи законодавства про загальнообов'язкове соціальне страхування (п. 4 ст. 4): відносять страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання до обов'язкових видів захисту, що повною мірою стосується медиків під час виконання ними службових обов'язків [45].
- Закони України «Про збір та облік єдиного внеску...» та «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»: чітко визначають коло суб'єктів обов'язкового страхування від нещасних випадків, куди входять: 1) особи, які працюють на умовах трудового договору; 2) учні, студенти, клінічні ординатори, аспіранти та докторанти, залучені до

виробничої практики або виконання робіт; 3) особи, які утримуються у виправних чи лікувальних закладах і залучаються до праці [66].

- Закон України «Про подолання туберкульозу в Україні» (п. 2 ст. 22): регламентує, що захворювання на туберкульоз медичних працівників, які надають допомогу інфікованим хворим або працюють із живими збудниками, визнається професійним. Заподіяна шкода компенсується, а самі працівники підлягають обов'язковому страхуванню за рахунок власника закладу охорони здоров'я [67; 68]. Це підтверджує, що медичний персонал належить до категорії професійного ризику.
- Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (ст. 39): відносить інфікування медиків під час роботи в осередках інфекцій до професійних захворювань, встановлюючи обов'язкове державне страхування таких працівників на умовах, визначених Кабінетом Міністрів України [69].
- Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ...» (ст. 17): визначає ВІЛ-інфекцію, якою медик заразився внаслідок виконання професійних обов'язків, як професійне захворювання з відповідними страховими гарантіями [68; 70].
- Закон України «Про психіатричну допомогу» (ст. 28): гарантує обов'язкове державне страхування персоналу, який бере участь у наданні психіатричної допомоги та здійсненні догляду за пацієнтами, на випадок ушкодження здоров'я або смерті [71].

Нормативні акти виділяють такі основні групи професійних патологій медиків, які має покривати обов'язкове страхування: хвороби від впливу хімічних і фізичних факторів, промислових аерозолів, біологічних агентів, алергічні захворювання та професійний рак [72].

До професійних захворювань медичних працівників належать такі як:

- 1) вегетативно-сенсорна поліневропатія верхніх кінцівок (ангіоневроз) - робота з медичною апаратурою, що генерує ультразвук.

- 2) інфекційні захворювання та паразитози, зокрема, туберкульоз, вірусні гепатити, СНІД, сифіліс, лептоспіроз – робота в медичних закладах (інфекційних, протитуберкульозних, донорських пунктах тощо).
- 3) мікози - робота в медичних закладах (інфекційних, протитуберкульозних, донорських пунктах).
- 4) дисбактеріоз, вісцеральний кандидоз - застосування у медичній та фармакологічній практиці антибіотиків, грибів-продуцентів, білково-вітамінних концентратів тощо.
- 5) алергічні захворювання: кон'юнктивіт, ринофаринголарингіт, риносинусит, астматичний бронхіт, бронхіальна астма – робота, пов'язана з впливом алергенів у хіміко-фармацевтичній промисловості, медичних та аптечних закладах.
- 6) неврози, пов'язані з тривалим безпосереднім обслуговуванням психічно хворих, - робота медичного персоналу у психіатричних закладах тощо [68].

Процедура встановлення страхового випадку та причинно-наслідкового зв'язку регулюється Постановами КМУ щодо затвердження списків пільгових професій [73], Порядком обов'язкового страхування медиків на випадок інфікування ВІЛ [74], Порядком розслідування та обліку нещасних випадків і професійних захворювань на виробництві [75], Порядком призначення, перерахування та здійснення страхових виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності [76] та Наказами МОЗ України щодо управління якістю медичної допомоги [77] та встановлення причинного зв'язку смерті з професійним отруєнням чи каліцтвом [78]. Ці документи регламентують оцінку форми, стадії та тяжкості функціональних порушень пацієнта на основі патоморфологічних та гістологічних даних.

Доктринальний аналіз підтверджує, що медичні працівники є найбільш вразливою категорією, яка щоденно зазнає комплексного впливу шкідливих виробничих факторів. Проте цілісна модель управління загальнообов'язковим

медичним страхуванням лікарів на науковому та законодавчому рівнях наразі відсутня.

Для подолання цієї прогалини запропоновано авторську дефініцію: **загальнообов'язкове страхування працівників сфери охорони здоров'я** - це складова частина системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, яка, у разі настання страхового випадку, матеріально забезпечує працівників сфери охорони здоров'я за рахунок бюджету відповідного Пенсійного фонду України.

### **1.3. Міжнародний досвід медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я**

Аналіз зарубіжної наукової літератури свідчить, що механізми медичного страхування персоналу закладів охорони здоров'я формуються залежно від типу національної системи охорони здоров'я, рівня державних соціальних гарантій, моделі фінансування медичної допомоги та особливостей ринку праці в медичному секторі [79, 80, 81].

У міжнародній практиці традиційно виділяють три базові моделі фінансування охорони здоров'я: державну (модель Бевериджа), соціально-страхову (модель Бісмарка) [80, 82] та ринково-страхову (приватну модель) [83]. Незважаючи на відмінності між ними, у більшості розвинених країн сформувалася тенденція до поєднання державних гарантій із корпоративними програмами страхового захисту медичних працівників, що дозволяє підвищувати соціальну безпеку персоналу та забезпечувати кадрову стабільність медичних організацій [84].

У країнах із переважно державною моделлю охорони здоров'я (Велика Британія, Швеція, Данія, Норвегія) медичні працівники користуються універсальним правом на медичну допомогу нарівні з іншими громадянами [81, 82]. Водночас останні десятиліття характеризуються поступовим розширенням програм добровільного медичного страхування, які фінансуються роботодавцями або професійними асоціаціями [85]. У Великій Британії працівники National Health Service (NHS) можуть отримувати доступ до корпоративних програм Private Health

Insurance, що забезпечують скорочення часу очікування планового лікування, розширений доступ до діагностичних процедур та лікування в приватних клініках. Дослідники підкреслюють, що такі програми дедалі частіше використовуються як інструмент мотивації персоналу та утримання висококваліфікованих кадрів в умовах дефіциту медичних працівників [86].

Соціально-страхова модель найбільш повно реалізована в Німеччині, Франції, Бельгії, Австрії та Нідерландах [87]. Особливий науковий інтерес становить німецька система охорони здоров'я, яка поєднує функціонування обов'язкового державного медичного страхування (Gesetzliche Krankenversicherung – GKV) та приватного медичного страхування (Private Krankenversicherung – PKV). Згідно з дослідженнями R. Busse та M. Blümel, медичні працівники належать до категорій населення, які найчастіше переходять до приватного страхування після досягнення встановленого законодавством рівня доходів [88]. Це пояснюється можливістю отримання розширеного пакета послуг, індивідуалізованих страхових програм та спеціальних тарифів для лікарів і представників інших медичних професій [89].

У Нідерландах після реформи 2006 року сформовано систему обов'язкового приватного медичного страхування з жорстким державним регулюванням, яка поєднує ринкові механізми із принципами соціальної солідарності [90]. Її правовою основою є вимога обов'язкового укладення договору медичного страхування кожним резидентом країни, зокрема й медичними працівниками, які зобов'язані придбавати базовий страховий поліс (basisverzekering) на загальних умовах. Попри приватний характер страхових компаній, держава встановлює єдині правила функціонування ринку, зокрема заборону відмови у страхуванні та уніфікований підхід до визначення базового пакета медичних послуг. Страхові функції здійснюють приватні страховики, серед яких Zilveren Kruis, CZ Group та VGZ.

Медичні працівники, як і інші категорії населення, беруть участь у системі на загальних підставах, однак у сфері охорони здоров'я поширеною є практика часткової компенсації страхових внесків роботодавцями або участь у колективних корпоративних страхових програмах, що підвищує рівень соціального захисту цієї

категорії працівників [91]. Додатково діє система соціального страхування у разі втрати працездатності та тимчасової непрацездатності, зокрема через механізми Ziektewet та WIA (Work and Income Act), які забезпечують компенсаційні виплати у випадку хвороби або стійкої втрати працездатності [92]. У результаті формується багаторівнева модель страхового захисту медичних працівників, що поєднує обов'язкове медичне страхування, елементи приватного страхового ринку, корпоративні механізми компенсації та державні програми соціального забезпечення, забезпечуючи баланс між універсальністю доступу до медичних послуг та індивідуалізацією страхового покриття [93].

Особливості французької моделі полягають у поєднанні загальнообов'язкового соціального страхування через систему Assurance Maladie та додаткового страхування (Mutuelle). Після реформ трудового законодавства роботодавці зобов'язані брати участь у фінансуванні додаткового медичного страхування працівників. Для медичного персоналу це означає суттєве розширення страхового покриття, включаючи стоматологічну допомогу, реабілітацію, профілактичні програми та психологічну підтримку [94].

Важливе місце в міжнародному досвіді посідає канадська система Medicare. Незважаючи на універсальне державне покриття, значна частина медичних послуг, лікарських засобів, стоматологічної допомоги та психологічного консультування покривається за рахунок корпоративних програм страхування. Дослідження свідчать, що роботодавці медичного сектору активно використовують додаткове страхування як інструмент кадрової політики та підвищення конкурентоспроможності медичних установ на ринку праці [95].

Організація медичного страхування медичних працівників у Японії повністю підпорядкована загальнонаціональній системі універсального медичного охоплення (Kai-Hoken), де обсяг гарантій та порядок сплати внесків залежать не від професійного статусу особи, а від форми її зайнятості та місця роботи [96]. Так, більшість штатних лікарів, медсестер та лаборантів державних лікарень чи великих приватних медичних корпорацій охоплені програмою страхування працівників (Shakai Hoken), у межах якої страховий внесок (близько 10% від заробітної плати)

порівню, у пропорції 50/50, ділиться між самим медиком та госпіталем-роботодавцем. Натомість самозайняті фахівці, які мають власну приватну практику або працюють на умовах фрілансу, підлягають Національному медичному страхуванню (Kokumin Kenkō Hoken) та сплачують внески самостійно на рівні муніципалітетів виходячи зі свого річного доходу. Обидва види страхування функціонують на засадах паритетного співфінансування медичних послуг, де застрахований медичний працівник у разі власного захворювання чи госпіталізації особисто сплачує на касі 30% від вартості лікування, стоматології та рецептурних препаратів, тоді як решту 70% покриває страховий фонд, який додатково захищає особу від фінансових катастроф через державний механізм компенсації надвитрат (High-Cost Medical Expense Benefit) [97].

В Ізраїлі медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я також інтегроване до загальнонаціональної системи обов'язкового медичного страхування, яка ґрунтується на принципах універсальності, загальнообов'язковості, соціальної солідарності та рівного доступу до медичних послуг. Медичні працівники користуються тими самими гарантіями медичного забезпечення, що й інші громадяни, а додатковий захист від професійних ризиків забезпечується через механізми соціального страхування та страхування від нещасних випадків на виробництві [98].

У Сполучених Штатах не існує єдиної державної системи медичного страхування для працівників охорони здоров'я [99]. Натомість захист їхнього здоров'я організовано за ринковою моделлю страхування, спонсорованого роботодавцем (*Employer-Sponsored Insurance – ESI*), де великі госпітальні мережі та клініки виступають безпосередніми страхувальниками. Для реалізації цієї моделі заклади або купують групові поліси у приватних страхових гігантів, або застосовують схеми самострахування (*Self-Insured Plans*), створюючи власні внутрішні фонди для фінансування лікування персоналу. Щоб витримати жорстку конкуренцію за висококваліфіковані кадри, медичні заклади зазвичай субсидують від 70% до 85% вартості премій. При цьому медичне страхування працівників розглядається як ключовий елемент загального компенсаційного пакета, а також як

ефективний інструмент управління людськими ресурсами та фінансової оптимізації діяльності самих медичних організацій.

Економічна доцільність та ефективність такої моделі досягається завдяки впровадженню концепції багаторівневих мереж надання допомоги (*Tiered Networks*). Працівники, які користуються послугами «внутрішньої» мережі власної госпітальної системи, отримують пакети з мінімальними доплатами, значно нижчими франшизами та співоплатами. Це не лише підвищує доступність якісної допомоги для персоналу, але й дозволяє утримувати фінансові ресурси всередині самої організації. Водночас специфіка підвищених професійних ризиків у США вимагає обов'язкового доповнення базового медстрахування багаторівневою системою фінансового та юридичного захисту. Оскільки медична сфера пов'язана з високою ймовірністю інфікування та виробничих травм, кожна клініка на 100% власним коштом фінансує програму компенсацій працівникам (*Workers' Compensation*), яка повністю покриває лікування госпітальних інфекцій чи травм, отриманих на робочому місці. Невід'ємною складовою цього захисту є страхування професійної відповідальності (*Malpractice Insurance*) від медичних помилок та супутніх судових позовів, а також програми страхування від короткострокової та довгострокової непрацездатності (*Disability Insurance*), що гарантують збереження високого доходу медика у разі розвитку соматичних хвороб чи втрати ним професійних навичок.

Пандемія COVID-19 стала каталізатором переосмислення підходів до страхового захисту медичних працівників. У сучасних дослідженнях дедалі більше уваги приділяється програмам підтримки психічного здоров'я медичного персоналу. За результатами досліджень Т. Shanafelt та співавторів, рівень професійного вигорання среди лікарів після пандемії суттєво зріс, що зумовило необхідність інтеграції до корпоративних страхових програм психологічного консультування, телемедичної психотерапії, програм профілактики емоційного виснаження та управління професійним стресом [100].

Окремим напрямом страхового захисту є страхування втрати працездатності (*Disability Insurance*). У більшості країн ОЕСР воно є невід'ємною складовою

соціального пакета медичних працівників. Особливе значення такі програми мають для хірургів, стоматологів та інших спеціалістів, професійна діяльність яких безпосередньо залежить від фізичного стану. У разі тимчасової або постійної втрати працездатності страхові механізми забезпечують компенсацію доходу та знижують соціально-економічні ризики для працівника і його родини [101].

Поряд із особистим медичним страхуванням у розвинених країнах функціонують системи страхування професійної відповідальності медичних працівників (Medical Malpractice Insurance). У Великій Британії, США, Канаді та Австралії такі програми реалізуються через спеціалізовані професійні організації та страхові фонди, які забезпечують юридичний супровід, компенсацію судових витрат та виплати за позовами, пов'язаними з професійною діяльністю лікарів. Наявність ефективних механізмів страхування професійної відповідальності розглядається як необхідна умова функціонування сучасної системи охорони здоров'я та забезпечення професійної безпеки медичних працівників [102].

Систематизація міжнародного досвіду дозволяє виділити три ключові моделі фінансування страхового захисту медичних працівників: роботодавець-орієнтовану (типову для США), паритетну (Японія, Німеччина, Франція) та солідарну (Ізраїль, країни Скандинавії) (Табл. 1). На сучасному етапі найбільш збалансованою є тенденція до формування змішаних (гібридних) моделей. У таких системах базові державні чи соціальні гарантії рівного доступу до медицини доповнюються цільовими корпоративними програмами, які покривають специфічні професійні ризики медичного персоналу.

Систематизація міжнародного досвіду дозволяє виділити три ключові моделі фінансування страхового захисту медичних працівників: **роботодавець-орієнтовану** (типову для США), **паритетну** (Японія, Німеччина, Франція) та **солідарну** (Ізраїль, країни Скандинавії).

На сучасному етапі найбільш збалансованою є тенденція до формування *змішаних (гібридних) моделей*. У таких системах базові державні чи соціальні гарантії рівного доступу до медицини доповнюються цільовими корпоративними програмами, які покривають специфічні професійні ризики медичного персоналу.

### Класифікація моделей страхового захисту медичного персоналу в міжнародній практиці

Модель страхового захисту	Базовий принцип фінансування	Джерела формування страхових фондів	Роль медичного закладу (роботодавця)	Країни-представники (приклад)	Ефективність та стратегічний фокус моделі
Роботодавче-орієнтована (Приватна / Ринкова)	Страховий захист як інструмент ринкової конкуренції та кадрового менеджменту.	Повністю або переважно за рахунок коштів роботодавця (госпітальної мережі) як елемент компенсаційного пакета.	Самостійно розробляє страхові програми, оптимізує витрати через багаторівневі мережі ( <i>Tiered Networks</i> ).	США, частково комерційні медичні сектори інших країн.	Висока індивідуалізація. Максимально ефективна для утримання висококваліфікованих кадрів, але створює нерівність у захисті персоналу різних рівнів.
Паритетна (Соціально- страхова / Бісмарка)	Спільна фінансова відповідальність і солідарне співфінансування ризиків.	Страхові внески (усереднено близько 10% від доходу) діляться у пропорції 50/50 (або з визначеною часткою) між медиком і госпіталем.	Законодавчо зобов'язаний виступати податковим/страховим агентом та фінансувати половину вартості поліса (базового чи додаткового <i>Mutuelle</i> ).	Японія, Німеччина, Франція, Нідерланди.	Високий рівень балансу. Забезпечує стабільний соціальний захист медика як працівника, зберігаючи його високу особисту відповідальність за власне здоров'я.
Солідарна (Державна / Бевериджа)	Універсальність та рівність прав медичних працівників нарівні з усім населенням.	Загальнодержавні податки або загальні солідарні фонди соціального страхування без галузевих преференцій.	Переважно не несе прямого страхового навантаження за базовим пакетом; може виступати ініціатором додаткових корпоративних програм.	Велика Британія, Канада, Ізраїль, країни Скандинавії.	Максимальна універсальність. Забезпечує рівний базовий доступ до медицини, проте потребує додаткових інструментів (програм <i>Private Health Insurance</i> ) для покриття специфічних професійних ризиків.

Зокрема, у постпандемічний період невід'ємними компонентами таких програм у країнах ОЕСР стали:

1. Програми підтримки психічного здоров'я (телемедична психотерапія, менеджмент стресу для запобігання професійному вигоранню).
2. Спеціалізоване страхування від втрати працездатності (*Disability Insurance*), критично важливе для мануальних медичних спеціальностей (хірурги, стоматологи).
3. Страхування професійної відповідальності (*Medical Malpractice Insurance*), що виступає обов'язковим інструментом юридичної та фінансової безпеки лікаря у Великій Британії, США та Канаді.

Таким чином, проведений аналіз історико-правових джерел, наукової літератури та нормативно-правової бази дозволяє констатувати, що питання формування ефективної системи соціально-медичного захисту населення загалом та працівників охорони здоров'я зокрема завжди перебувало у фокусі прискіпливої уваги як науковців, так і законодавців. Світовий та вітчизняний досвід наочно доводить, що класична бюджетна модель фінансування медицини є малоефективною в умовах ринкової трансформації, що об'єктивно зумовлює необхідність системного переходу на страхові засади.

Водночас, попри глибоку теоретичну розробленість загальних засад цивільно-правового та соціального страхування у працях вітчизняних і зарубіжних дослідників, питання створення спеціалізованої системи захисту медичного персоналу залишається розв'язаним лише частково. Резюмуючи результати аналізу наявних наукових доробків, виявлено низку суттєвих теоретичних, методологічних та практично-правових прогалин, які потребують розв'язання:

- Теоретико-методологічна невизначеність: У сучасній доктрині досі відсутній уніфікований понятійно-категоріальний апарат. Поняття «соціальне медичне страхування» трактується розрізнено - або крізь призму суто комерційного (особистого) страхування, або як абстрактна форма загального соціального захисту. Бракує інтегрованого економіко-правового визначення, адаптованого під специфіку медичної професії. Крім того, наявна періодизація розвитку страхових відносин носить занадто загальний характер і не відображає еволюцію саме корпоративного страхування медиків.

- Законодавчий вакуум: Незважаючи на численні спроби реформування та розробку законопроектів (зокрема 2016 та 2018 років), в Україні досі відсутній ухвалений профільний закон про обов'язкове медичне страхування. Наявні нормативні акти створюють суперечливе договірне поле та не визначають чітких обсягів гарантованої допомоги.

- Дисбаланс між деклараціями та практикою: Існує суттєвий розрив між конституційними гарантіями обов'язкового страхування медиків від професійних захворювань (ст. 46, 49 Конституції України, норми КЗпП) та реальним механізмом їхнього втілення. Через відсутність дієвих підзаконних алгоритмів медичні працівники залишаються соціально незахищеними, змушеними покладатися на фрагментарні програми добровільного страхування (ДМС).

- Брак галузевої моделі управління ризиками: Сучасна система адміністрування страхових випадків через Пенсійний фонд України є уніфікованою і не враховує специфіку медичної діяльності. Зокрема, залишаються нерегульованими процедури встановлення причинно-наслідкового зв'язку між виконанням професійних обов'язків та настанням латентних професійних захворювань чи психоемоційних розладів (синдрому вигорання) у медиків.

- Відсутність обґрунтованої фінансової архітектури: На науковому рівні не розв'язано суперечність щодо джерел фінансування страхових фондів для медичного персоналу. Покладання цього обов'язку виключно на власників закладів (в умовах дефіциту бюджетів комунальних лікарень) є декларативним, а адаптація світових моделей (наприклад, британської системи NHS) під реалії України не має покрокового алгоритму.

Таким чином, високий рівень специфічних професійних ризиків медичних працівників (біологічних, фізичних та психоемоційних), який особливо загострився під час масштабних криз та пандемій, на тлі виявлених наукових і законодавчих прогалин, обґрунтовує високу актуальність, теоретичну та практичну значущість нашого дисертаційного дослідження.

Необхідність ліквідації зазначених прогалин визначає мету дослідження - науково обґрунтувати та розробити цілісну, життєздатну концептуальну модель

соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, яка забезпечить їхній реальний правовий та фінансово-економічний захист, сприятиме збереженню кадрового потенціалу галузі та підвищенню престижу професії медика в Україні.

### **Висновки до розділу 1.**

Здійснивши комплексне дослідження теоретико-правових та історичних засад формування системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, сформульовано такі наукові та практичні висновки:

1. Досліджено генезис становлення та історичну еволюцію соціального медичного страхування медичних працівників, що дало змогу виокремити п'ять ключових періодів його розвитку: *започатковуючий* (первісно-античний період рабовласницької формації); *встановлюючий* (середньовічний період феодальної формації); *комерційний* (період Нового часу буржуазної формації); *оптимізаційний* (соціалістично-комуністичної формації) та *удосконалюючий* (сучасний соціалістично-капіталістичний період). Визначено характерні ознаки кожного етапу, що дозволило простежити перехід від індивідуальної благодійності та перших цехових кас до формування сучасних систем корпоративного і загальнодержавного страхового захисту медичного персоналу.

2. Запропоновано авторську дефініцію поняття «страхування» у контексті публічного управління, під яким розуміється діяльність уповноважених суб'єктів публічної адміністрації та інших учасників страхових правовідносин, що реалізується за допомогою визначених законодавством правових інструментів з метою захисту життя, здоров'я і майнових інтересів осіб шляхом здійснення страхових виплат у разі настання страхового випадку. На цій основі сформульовано сутнісне визначення «соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я» як комплексної сукупності правовідносин, що виникають між страховиком, страхувальником, медичним працівником та роботодавцем у процесі реалізації спеціалізованого страхового захисту від специфічних галузевих ризиків.

3. Доведено правову природу медичного страхування як невід'ємного різновиду соціального страхування, спрямованого на повне або часткове відшкодування витрат особи на медичну допомогу, лікування, профілактику та реабілітацію. Уточнено розмежування його форм, де *добровільне страхування* визначено як класичні цивільно-правові відносини на засадах вільного волевиявлення та договірного регулювання, тоді як *обов'язкове страхування* є інструментом публічного права, що виникає незалежно від волі учасників з метою захисту фундаментальних інтересів суспільства і держави щодо збереження людського потенціалу.

4. Удосконалено класифікацію страхування задля оптимізації понятійно-категоріального апарату. Систематизацію здійснено за такими критеріями: за формою (добровільне та обов'язкове); за предметом (страхування життя і здоров'я, майна, відповідальності); за статусом страхувальника (фізичних та юридичних осіб); за статусом страховика (державне, комерційне, взаємне); за строком дії (довго- та короткострокове); за умовами здійснення (традиційне та дистанційне/онлайн); за суб'єктами (соціальне та комерційне); за формою організації (індивідуальне та колективне). З метою легалізації зазначеного підходу обґрунтовано доцільність доповнення статті 1 Закону України «Про страхування» дефініціями «добровільне страхування» та «обов'язкове страхування».

5. Обґрунтовано об'єктивну необхідність подолання дисбалансу між декларативними нормами чинного законодавства (Конституція України, КЗпП) та реальним станом захищеності медичного персоналу. Встановлено, що працівники сфери охорони здоров'я зазнають постійного впливу підвищених професійних ризиків (біологічних, фізичних, психоемоційних), що потребує переходу від фрагментарних програм ДМС до створення цілісної моделі *загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я*. Цю модель визначено як спеціалізовану складову системи державного соціального страхування, яка забезпечує повний правовий та фінансово-матеріальний захист медиків за рахунок цільових фондів.

6. Аргументовано доцільність ліквідації наявного законодавчого вакууму шляхом розроблення та прийняття профільного закону - Закону України «Про загальнообов'язкове медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я». Цей акт має стати нормативним фундаментом для впровадження нової фінансово-економічної архітектури та спеціалізованої системи адміністрування страхових випадків, яка б враховувала специфіку встановлення причинно-наслідкового зв'язку між виконанням професійних обов'язків та настанням латентних професійних захворювань чи синдрому вигорання.

7. На підставі узагальнення міжнародного досвіду доведено ефективність поєднання публічних державних гарантій із можливостями додаткового комерційного чи колективного страхового забезпечення. Обґрунтовано, що комплексна трансформація фінансування української системи охорони здоров'я через впровадження обов'язкового медичного страхування медичних працівників дозволить не лише зміцнити загальну фінансову базу галузі та підвищити якість послуг, а й виступить ключовим фактором збереження кадрового потенціалу, зупинить відтік фахівців та підвищить престиж професії медика в Україні.

*Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора: [165, 172, 173, 175]*

## РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений аналіз наукових публікацій, а також чинної законодавчої та нормативно-правової бази, що регулює питання соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, дозволив встановити недостатній рівень комплексного вивчення цієї проблеми. Незважаючи на наявність окремих наукових напрацювань, значна частина організаційно-правових, медико-соціальних та фінансово-економічних аспектів залишається недостатньо дослідженою, що обумовлює необхідність подальшого системного наукового обґрунтування та розробки ефективних механізмів соціального медичного страхування медичних працівників.

Відповідно до класичних засад організації наукового дослідження було сформовано його програму, яка включала чітко визначені мету, завдання, об'єкт і предмет, методологічні підходи, методи дослідження, інформаційну базу, а також підходи до впровадження та практичної апробації отриманих результатів. Програма дослідження виконувала також організаційно-координаційну функцію, забезпечуючи послідовність етапів роботи, раціональний розподіл ресурсів, контроль за реалізацією дослідницьких процедур та корекцію можливих відхилень.

Метою дослідження визначено наукове обґрунтування та розробку концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, спрямованої на підвищення рівня їх соціального захисту, мінімізацію професійних ризиків і збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України.

Для досягнення поставленої мети сформульовано комплекс взаємопов'язаних завдань, що передбачали: дослідження теоретико-методологічних засад становлення та розвитку соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, узагальнення міжнародного досвіду та визначення можливостей адаптації кращих практик до умов України; аналіз сучасного стану кадрового потенціалу, рівня захворюваності та професійних ризиків медичних працівників як передумов формування системи їх соціального

медичного страхування; оцінку фінансово-страхового статусу та ставлення медичного персоналу до соціального медичного страхування, а також визначення рівня інституційної готовності закладів охорони здоров'я до його впровадження; дослідження соціально-економічних та фінансових умов функціонування системи охорони здоров'я України та обґрунтування необхідності запровадження багатоканальної моделі фінансування соціального медичного страхування; визначення організаційно-правових засад та гарантій його реалізації, а також вивчення потенціалу корпоративного страхування як складової системи соціального захисту медичних працівників; розробку концептуальних підходів і обґрунтування структурно-функціональної моделі соціального медичного страхування та проведення її експертної оцінки.

Об'єктом дослідження визначено систему соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Предмет дослідження становлять теоретико-методологічні, організаційно-правові, соціально-медичні та соціально-економічні засади формування і функціонування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, стан їх здоров'я, професійні ризики та захворюваність, а також механізми підвищення рівня соціального захисту, збереження кадрового потенціалу та вдосконалення системи медико-соціального забезпечення медичних працівників в Україні.

Загалом логіка дослідження була спрямована на поетапне вирішення окреслених завдань та пошук науково обґрунтованих шляхів удосконалення системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я в умовах сучасних викликів функціонування галузі.

На основі сформованої мети було визначено основні завдання наукового дослідження, які послідовно виконувалися на відповідних його етапах, що окреслені у запропонованій програмі (табл. 2.1).

## Програма дослідження

Етап дослідження та його зміст	Матеріали / Обсяг
<b>I етап</b>	
Проведення системного аналізу наукових вітчизняних та світових джерел та законодавства щодо соціального страхування і соціального захисту працівників сфери охорони здоров'я	Наукова література та нормативно правові документи: всього 161 джерел (із них 24 англomовних)
<b>II етап</b>	
Обґрунтування методів та обсягу дослідження Визначення бази дослідження Розробка опитувальників та підготовка статистичних матеріалів Розробка програми дослідження, визначення мети, завдань, об'єкта, предмета та методології дослідження	Методологічні та організаційні матеріали дослідження
<b>III етап</b>	
Аналіз стану кадрового потенціалу, рівня захворюваності та професійних ризиків працівників сфери охорони здоров'я як передумов формування системи їх соціального медичного страхування	Статистичні дані МОЗ України та НСЗУ (2020-2025 рр.) Соціологічне опитування 550 медичних працівників. Звітні форми ЗОЗ
<b>IV етап</b>	
Визначення соціально-економічних передумов функціонування медичної галузі та обґрунтування фінансових спроможностей впровадження СМС  Оцінка фінансово-страхового статусу і ставлення медичного персоналу до соціального медичного страхування, а також рівня інституційної готовності закладів охорони здоров'я до його впровадження за матеріалами соціологічного опитування	Статистичні дані МОЗ України, НСЗУ за ПМГ Соціологічне опитування 550 медичних працівників.
<b>V етап</b>	
Організаційно-правове обґрунтування впровадження соціального медичного страхування працівників галузі охорони здоров'я. Обґрунтування концептуальних підходів до запровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні	Наукові джерела та нормативно-правові документи (53) Матеріали та результати попередніх етапів дослідження
<b>VI етап</b>	
Обґрунтування та розробка концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, її експертна оцінка. Впровадження результатів дослідження	Матеріали та результати попередніх етапів дослідження 30 карт експертної оцінки 17 публікацій, 5 актів впровадження

Перший етап дослідження був присвячений системно-історичному аналізу становлення та розвитку соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, а також узагальненню вітчизняного й міжнародного досвіду його функціонування.

Результати ґрунтового аналізу забезпечили вихідні умови для формування напряму наукового дослідження, визначення мети і завдань, розробки програми, обрання методології, предмета, об'єкта і методів, обґрунтування обсягу дослідження та вибору медичного закладу як бази для проведення наукового дослідження.

У межах цього етапу здійснено критичний огляд наукових джерел та нормативно-правової бази, проаналізовано сучасні підходи й кращі світові практики організації соціального медичного страхування медичних працівників. Отримані результати дозволили сформуванати теоретико-методологічне підґрунтя дослідження, визначити його науковий напрям, уточнити мету, завдання, об'єкт і предмет, а також обґрунтувати методологічні підходи, методи дослідження, його обсяг та інформаційну базу.

*Другий етап* мав організаційно-підготовчий характер і був спрямований на формування цілісної програми наукового дослідження. У його межах визначено мету, завдання, об'єкт, предмет і методологічні засади роботи, а також обґрунтовано систему методів дослідження відповідно до поставлених завдань. Сформовано інформаційну базу дослідження, визначено бази його проведення, розроблено авторський інструментарій соціологічного опитування та підготовлено необхідні статистичні матеріали для подальшого аналітичного опрацювання.

*Третій етап* передбачав дослідження медико-соціальних передумов формування системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Основну увагу було зосереджено на аналізі сучасного стану кадрового потенціалу галузі, оцінці захворюваності медичних працівників, вивченні професійних ризиків та чинників, що впливають на збереження їхнього здоров'я. Джерелами інформації слугували офіційні статистичні матеріали Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України,

звітні дані закладів охорони здоров'я за 2020–2025 роки, а також результати соціологічного опитування 550 медичних працівників.

*Четвертий етап* був присвячений оцінці соціально-економічних та фінансових передумов упровадження соціального медичного страхування медичних працівників. Проведено аналіз фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в умовах функціонування Програми медичних гарантій, вивчено структуру витрат закладів охорони здоров'я та можливості формування додаткових джерел фінансування соціального захисту персоналу. Одночасно здійснено соціологічне дослідження фінансово-страхового статусу медичних працівників, їхнього ставлення до запровадження соціального медичного страхування та оцінку інституційної готовності закладів охорони здоров'я до впровадження страхових механізмів. Інформаційною базою стали статистичні дані МОЗ України та НСЗУ, результати опитування 550 медичних працівників і 103 керівників закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів.

*П'ятий етап* був спрямований на наукове обґрунтування організаційно-правових засад функціонування системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я та визначення можливостей інтеграції страхових механізмів у вітчизняну систему охорони здоров'я. На основі результатів попередніх етапів дослідження, аналізу наукових джерел і нормативно-правових документів сформульовано концептуальні підходи до побудови системи соціального медичного страхування, визначено її основні організаційні, правові та фінансові складові, а також обґрунтовано роль корпоративного медичного страхування як додаткового елемента соціального захисту медичних працівників.

*Шостий етап* мав узагальнюючий та проєктний характер. На підставі результатів комплексного дослідження розроблено та науково обґрунтовано концептуальну структурно-функціональну модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Для оцінки її наукової обґрунтованості, практичної значущості та можливостей впровадження проведено експертне оцінювання із залученням 30 експертів. На завершальному етапі здійснено узагальнення результатів дослідження, сформульовано висновки та

практичні рекомендації, а також забезпечено впровадження отриманих результатів у освітній процес і наукову практику.

Комплексний характер дисертаційної роботи зумовив інтеграцію спектра загальнонаукових та спеціалізованих дослідницьких методів, які в сукупності забезпечили всебічний аналіз об'єкта та предмета дослідження на кожному етапі наукового пошуку (табл.2.2).

Таблиця 2.2.

**Матриця розподілу та інтеграції методів наукового дослідження за його етапами**

<u>МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</u>	<u>ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ</u>
1. Системного підходу та аналізу	I-VI
2. Бібліосемантичний	I – V
3. Контент-аналізу	I, IV, V
4. Статистичний	II-VI
5. Соціологічний	III- IV
6. Епідеміологічний	III
7. Моделювання	VI
8. Експертних оцінок	IV, VI

Методологічною основою дослідження став *системний підхід*, який дозволив розглядати соціальне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я як складну соціально-економічну та організаційно-функціональну систему, а також вивчати взаємозв'язки між її структурними елементами, чинниками формування та механізмами функціонування. *Метод системного аналізу* застосовано для комплексного дослідження об'єкта та предмета дослідження, виявлення проблемних аспектів соціального захисту медичних працівників і обґрунтування шляхів їх вирішення.

*Бібліосемантичний метод* використано для аналізу вітчизняних та зарубіжних наукових джерел, нормативно-правових актів, міжнародного досвіду функціонування систем соціального медичного страхування та визначення можливостей його адаптації до умов України.

*Контент-аналізу* - з метою дослідження нормативно-правової бази України щодо організації системи соціального захисту, охорони праці й страхового забезпечення медичних працівників, а також для систематизації понятійно-категоріального апарату.

*Соціологічний метод* (анкетне опитування) застосовано для вивчення ставлення медичних працівників і керівників закладів охорони здоров'я до впровадження соціального медичного страхування, оцінки рівня їхньої поінформованості, потреб у страховому захисті та очікувань щодо функціонування відповідної системи.

*Медико-статистичний метод* використано для збору, обробки, аналізу та узагальнення даних щодо кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, показників захворюваності, професійних ризиків, медико-демографічних, соціально-економічних і фінансових характеристик галузі, а також для оцінки результатів дослідження.

*Епідеміологічний метод* застосовано для аналізу рівнів, структури та тенденцій захворюваності медичних працівників і визначення основних факторів ризику, пов'язаних із професійною діяльністю.

*Метод концептуального моделювання* використано для наукового обґрунтування та розробки структурно-функціональної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, визначення її основних компонентів, принципів функціонування та механізмів реалізації.

*Метод експертних оцінок* застосовано для оцінювання наукової обґрунтованості, практичної доцільності та перспектив впровадження розробленої концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Базами проведення наукового дослідження визначено КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4», КНП КОР «Київська обласна дитяча лікарня», АТ «Українська залізниця» (філія «Центр охорони здоров'я», Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2), «Київська обласна клінічна лікарня» та КНП «Чернігівська обласна лікарня», на яких досліджувалися, стан здоров'я медичних

працівників, їх медична активність та ризики професійної діяльності, доцільність запровадження соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я, потреба у розробленні Концепції впровадження соціального медичного страхування працівників галузі, а також проблемні аспекти такого виду страхування.

Вибір баз проведення наукового дослідження є методологічно обґрунтованим і зумовлений необхідністю забезпечення репрезентативності отриманих результатів, а також відображення різних організаційно-функціональних типів закладів охорони здоров'я в умовах сучасної системи охорони здоров'я України.

До дослідження включено багатопрофільні комунальні некомерційні підприємства міського та обласного рівнів (КНП «Київська міська клінічна лікарня №4», КНП КОР «Київська обласна дитяча лікарня», «Київська обласна клінічна лікарня», КНП «Чернігівська обласна лікарня»), що дозволило охопити різні рівні надання медичної допомоги, а також врахувати відмінності в організаційній структурі, фінансуванні та кадровому забезпеченні.

Окремо включено відомчий заклад системи охорони здоров'я АТ «Українська залізниця» (філія «Центр охорони здоров'я», Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2), що забезпечує врахування специфіки корпоративної медицини, яка функціонує в умовах поєднання державного та корпоративного управління, а також має розвинені елементи відомчого медичного та страхового забезпечення персоналу.

Географічна диверсифікація баз дослідження (м. Київ, Київська та Чернігівська області) дозволила врахувати регіональні особливості функціонування системи охорони здоров'я, зокрема різний рівень ресурсного забезпечення, кадрової забезпеченості та впливу демографічних і воєнно-обумовлених факторів.

Таким чином, сукупність обраних баз дослідження забезпечує комплексне відображення реального стану системи охорони здоров'я України, що є необхідною умовою для науково обґрунтованого моделювання концептуальної системи соціального медичного страхування працівників галузі та оцінки її практичної доцільності в різних організаційно-економічних умовах.

Для збору первинної соціологічної інформації в межах дослідження було розроблено та застосовано авторську «Анкету комплексної медико-соціальної оцінки стану здоров'я, умов праці та медичної активності працівників сфери охорони здоров'я» (Додаток Б). Анкета є самостійно створеним дослідницьким інструментом, структура якого сформована відповідно до мети та завдань дослідження і спрямована на комплексне вивчення медико-соціальних, професійних та поведінкових аспектів діяльності медичних працівників.

Опитувальник включав 18 запитань відкритого, закритого та напівзакритого типів, об'єднаних у чотири тематичні блоки.

Перший блок був присвячений оцінці професійної діяльності та психоемоційного стану медичних працівників. У його межах вивчалися рівень задоволеності професійною діяльністю, особливості психоемоційного навантаження, а також обставини та умови, за яких виникають прояви професійного стресу.

Другий блок містив питання щодо стану здоров'я респондентів і був спрямований на визначення поширеності захворювань, їх структури та особливостей перебігу. Особливу увагу приділено вивченню патології системи кровообігу, нервової системи, опорно-рухового апарату та інших захворювань, що найбільш часто зустрічаються серед працівників сфери охорони здоров'я.

Третій блок охоплював питання, пов'язані з умовами праці та впливом професійних ризиків. За його допомогою оцінювалися шкідливі виробничі чинники, рівень професійних ризиків, ставлення до інфекційних загроз, а також дотримання вимог санітарно-епідеміологічного режиму під час виконання професійних обов'язків.

Четвертий блок був присвячений вивченню медичної активності та способу життя респондентів. У межах цього блоку досліджувалися своєчасність звернення за медичною допомогою, поширеність самолікування, рівень диспансерного нагляду, особливості режиму праці та відпочинку, а також окремі складові здоров'язбережувальної поведінки, зокрема дотримання раціонального харчування.

Анкета використана з метою комплексного вивчення професійного здоров'я, умов праці та самозбережувальної поведінки медичного персоналу для формування доказової бази щодо необхідності впровадження системи соціального медичного страхування як інструменту збереження кадрового потенціалу охорони здоров'я.

З метою оцінки фінансово-страхового статусу медичних працівників та вивчення їхнього ставлення до впровадження соціального медичного страхування була розроблена ще одна анкети, яка включала систему взаємопов'язаних закритих і напівзакритих запитань (додаток В).

Анкета складалася з чотирьох тематичних блоків. Перший блок був спрямований на вивчення страхового статусу респондентів та оцінку їхньої фінансової спроможності щодо покриття витрат на лікування. Зокрема, визначалися наявність різних форм страхового захисту, джерела фінансування медичної допомоги та рівень фінансової доступності лікування для самих медичних працівників і членів їхніх сімей.

Другий блок передбачав дослідження особистих витрат респондентів на отримання медичної допомоги та оцінку реального фінансового навантаження, пов'язаного із захворюванням. Особлива увага приділялася визначенню співвідношення між власними витратами працівників та обсягами медичної допомоги, гарантованої державою в межах Програми медичних гарантій, що дозволило оцінити рівень фінансового захисту медичного персоналу в разі виникнення потреби в лікуванні.

Третій блок анкети був присвячений вивченню медико-соціальних аспектів захворюваності. Він містив запитання щодо суб'єктивної оцінки зв'язку захворювань із професійною діяльністю, впливу воєнних чинників на стан здоров'я, а також доступності реабілітаційної допомоги та відновлювального лікування після перенесених захворювань чи травм.

Четвертий блок спрямовувався на вивчення ставлення медичних працівників до різних моделей страхового захисту та визначення рівня підтримки впровадження соціального медичного страхування. Респондентам пропонувалося оцінити доцільність використання державних, корпоративних і добровільних страхових

механізмів, а також висловити власне бачення перспектив розвитку системи соціального захисту медичних працівників.

Отримані результати стали інформаційною базою для проведення порівняльного статистичного аналізу, оцінки фінансової вразливості різних професійних груп медичних працівників, визначення рівня їхньої потреби у страховому захисті та наукового обґрунтування концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

На заключному етапі дослідження з метою верифікації наукової обґрунтованості, практичної доцільності та перспектив впровадження розробленої концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я застосовано метод експертних оцінок. Первинна інформація збиралася за допомогою спеціально розробленої авторської карти експертної оцінки, яка дозволяла здійснити комплексний аналіз відповідності запропонованої моделі сучасним потребам системи охорони здоров'я України та визначити рівень її організаційної, соціальної й економічної ефективності.

Формування експертної групи здійснювалося на основі принципу цілеспрямованого відбору фахівців із високим рівнем професійної компетентності та практичного досвіду у сфері охорони здоров'я, що дозволило забезпечити належну валідність та репрезентативність експертних оцінок у межах дослідження. При формуванні експертного пулу враховувалися професійна кваліфікація, тривалість стажу роботи, управлінський досвід, участь у процесах організації або реформування системи охорони здоров'я, а також науковий рівень підготовки фахівців.

До складу експертів було включено 30 осіб, серед яких 4 науковці - два доктори медичних наук і два кандидати медичних наук, які обіймали посади науково-педагогічних працівників профільних кафедр закладів вищої медичної освіти за напрямом «організація і управління охороною здоров'я». Залучення наукової складової експертної групи забезпечило поєднання теоретико-методологічного та практико-управлінського підходів до оцінювання запропонованих у дослідженні положень.

Основну частину експертної групи становили 26 керівників та заступників керівників закладів охорони здоров'я міста Києва, Київської та Чернігівської областей, що забезпечило поєднання різних організаційно-управлінських моделей функціонування закладів охорони здоров'я та дозволило врахувати регіональні особливості системи медичного забезпечення. Такий склад експертної групи забезпечив міждисциплінарний підхід до оцінювання запропонованої моделі соціального медичного страхування та підвищив об'єктивність отриманих результатів.

Розроблена карта експертної оцінки складалася з трьох структурних блоків: паспортної частини, інструкції щодо заповнення та оціночної матриці. Паспортний блок містив відомості про професійно-кваліфікаційні характеристики експерта та використовувався для підтвердження належного рівня його компетентності та відповідності критеріям включення до дослідження. Інструктивний блок забезпечував уніфіковане розуміння процедури оцінювання та мінімізував можливі інтерпретаційні похибки. Оціночна матриця включала сім критеріїв, які характеризували різні аспекти функціонування запропонованої моделі соціального медичного страхування (Додаток Г), що дозволило здійснити багатовимірний аналіз її ефективності.

Оцінювання здійснювалося за десятибальною шкалою, де мінімальне значення відповідало низькому рівню відповідності критерію, а максимальне - повному схваленню та високому рівню наукової і практичної обґрунтованості запропонованих рішень. Використання бальної шкали дозволило забезпечити кількісну інтерпретацію якісних експертних суджень та підвищити порівнюваність отриманих результатів.

Експерти оцінювали потенціал моделі щодо забезпечення соціального захисту медичних працівників, підвищення доступності медичної допомоги, удосконалення системи медичного обслуговування персоналу галузі, розвитку професійної обізнаності з питань медичного страхування, покращення фінансово-ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, ефективності взаємодії між суб'єктами страхових відносин, а також необхідності створення додаткового

інформаційно-методичного супроводу функціонування системи соціального медичного страхування. Отримані результати експертного оцінювання оброблялися з використанням методів варіаційної статистики та узагальнення кількісних і якісних показників, що забезпечило їх наукову достовірність та обґрунтованість.

Враховуючи, що одним із основних джерел первинної інформації були результати соціологічного опитування медичних працівників та експертного оцінювання фахівців сфери охорони здоров'я, окрему увагу було приділено дотриманню етичних принципів організації та проведення наукового дослідження, забезпеченню добровільності участі респондентів, конфіденційності отриманої інформації та захисту їхніх прав.

Дослідження проводилося з дотриманням загальноновизнаних міжнародних та національних етичних принципів проведення наукових досліджень за участю людини, зокрема положень Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, міжнародних рекомендацій щодо проведення біомедичних досліджень за участю людини, а також чинних нормативно-правових актів України у сфері біоетики та захисту персональних даних.

Усі учасники дослідження були попередньо поінформовані про мету, завдання, зміст та порядок проведення дослідження, характер їхньої участі, а також про гарантії конфіденційності отриманої інформації. Участь респондентів була виключно добровільною.

Учасникам дослідження гарантувалося право відмовитися від участі або припинити її на будь-якому етапі без пояснення причин та без будь-яких негативних наслідків. Обробка отриманих даних проводилася в узагальненому та деперсоніфікованому вигляді, що забезпечувало збереження конфіденційності персональної інформації та відповідало вимогам етичних стандартів наукових досліджень.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася із дотриманням сучасних принципів біостатистики та доказової медицини. Для формування та систематизації емпіричної інформації за результатами соціологічного опитування

медичних працівників і експертного оцінювання було створено первинні електронні бази даних, подальший аналіз яких проводився із використанням ліцензійного програмного забезпечення Stata 12 (StataCorp LLC, США).

Вибір статистичних методів визначався типом змінних, їх шкалою вимірювання та характером розподілу. Опис якісних (номінальних і порядкових) змінних подавався у вигляді частотних розподілів із зазначенням абсолютної кількості спостережень ( $n$ ) та відносної частки (%). Кількісні показники на етапі первинного аналізу характеризувалися із використанням середньої арифметичної величини ( $M$ ) та стандартного відхилення ( $SD$ ).

Порівняльний аналіз між незалежними групами досліджуваних (лікарі, середній та молодший медичний персонал) здійснювався із застосуванням критерію  $\chi^2$  Пірсона для якісних ознак. Для кількісних змінних попередньо проводилася перевірка нормальності розподілу із використанням критерію Шапіро-Віллка. З огляду на встановлені відхилення від нормального розподілу, для оцінки міжгрупових відмінностей застосовувався непараметричний критерій Краскела-Волліса (однофакторний дисперсійний аналіз за рангами), що дозволило коректно порівнювати три незалежні вибірки.

Для оцінки узгодженості експертних думок та перевірки надійності результатів експертного опитування використовувався коефіцієнт конкордації Кендалла ( $W$ ) із подальшою перевіркою його статистичної значущості за критерієм  $\chi^2$ . Рівень статистичної значущості для всіх процедур аналізу був апріорі встановлений на рівні 0,05; результати вважалися статистично достовірними за умови  $p < 0,05$ .

Для досягнення мети дослідження - наукового обґрунтування та розробки концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, було сформовано репрезентативну вибірку методом стратифікованого добору. Генеральну сукупність склали практикуючі лікарі, середні та молодші медичні працівники, керівники закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів.

Розрахунок обсягу вибірки проводився за формулою Кокрена:

$$n_0 = \frac{Z^2 * p * (1 - p)}{e^2}$$

$n$  - необхідний обсяг вибірки.

$Z$  - коефіцієнт довіри ( $Z = 1,96$  для рівня довірчої ймовірності 95%).

$p$  - очікувана частка респондентів з певною думкою. Для нашого дослідження приймали найбільш консервативне значення ( $p = 0,5$ ) (50%), що обумовлює максимальний розмір вибірки.

$e$  - гранична похибка вибірки (0,05).

Для заданих умов із рівнем довірчої ймовірності 95% та граничною похибкою  $\pm 5\%$ , мінімальний розрахунковий обсяг вибірки склав 384 респонденти. Фінальна вибірка дослідження склала 550 респондентів, що дозволяє екстраполювати отримані результати на загальну популяцію працівників сфери охорони здоров'я та забезпечує високу точність оцінок та висновків.

Таким чином, застосований комплекс методів дослідження, що включав системний аналіз наукових джерел і нормативно-правової бази, медико-статистичні, соціологічні, експертні, математико-статистичні методи, забезпечив всебічне вивчення проблеми соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Сформована репрезентативна вибірка, залучення фахових експертів, використання сучасних методів статистичної обробки даних та дотримання етичних принципів проведення наукових досліджень створили належне методологічне підґрунтя для отримання достовірних результатів. Застосований дизайн дослідження дозволив комплексно оцінити медико-соціальні, організаційно-правові та фінансово-економічні передумови впровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, що стало основою для подальшого наукового обґрунтування та розроблення його концептуальної моделі.

## Висновки до розділу 2

1. Програма дослідження та визначені завдання були спрямовані на досягнення поставленої мети та передбачали комплексне вивчення теоретико-методологічних засад, сучасного стану та перспектив розвитку соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні та за кордоном. У межах дослідження здійснено систематизацію наукових підходів, аналіз переваг і обмежень чинних моделей страхового захисту медичних працівників, а також оцінку можливостей їх практичного застосування. На основі отриманих результатів обґрунтовано концептуальні підходи до формування моделі соціального медичного страхування, визначено її ключові структурні елементи та підходи до оцінки ефективності впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я.

2. Об'єктом дослідження визначено систему соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я як складну багаторівневу соціально-економічну підсистему. Предмет дослідження охоплює теоретико-методологічні, організаційно-правові, соціально-медичні та соціально-економічні засади формування і функціонування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, стан їх здоров'я, професійні ризики та захворюваність, а також механізми підвищення рівня соціального захисту, збереження кадрового потенціалу та вдосконалення системи медико-соціального забезпечення медичних працівників.

3. Методологічну основу дослідження становив системний підхід із використанням принципів діалектичного аналізу розвитку соціально-економічних процесів у системі охорони здоров'я. У процесі виконання роботи застосовано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів соціальної медицини, зокрема: системний підхід і аналіз, бібліосемантичний, контент-аналізу, соціологічний, епідеміологічний, медико-статистичний методи, метод концептуального моделювання та експертного оцінювання. Використання зазначеного методичного інструментарію забезпечило цілісність дослідження та достовірність отриманих результатів.

4. Інформаційну базу дослідження становили вітчизняні та зарубіжні наукові джерела, нормативно-правові акти у сфері соціального та медичного страхування, дані галузевої статистичної звітності, а також матеріали закладів охорони здоров'я визначених регіонів України. Додатково використано дані внутрішньої обліково-статистичної документації медичних закладів, аналітичні матеріали щодо їх діяльності, а також результати анкетування експертів і медичних працівників. Сукупність джерел забезпечила достатній рівень повноти, репрезентативності та достовірності емпіричної бази дослідження.

5. Розроблена програма дослідження та застосований методичний інструментарій були спрямовані на всебічне вирішення поставлених завдань і отримання науково обґрунтованих результатів, що стали основою для подальшого медико-соціального обґрунтування концепції соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Запропонована концептуальна модель орієнтована на формування ефективного механізму фінансового захисту медичних працівників, а також на підвищення рівня соціальної безпеки та стабільності кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

*Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора: [166, 174]*

## РОЗДІЛ 3.

# АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ОСНОВА МОДЕЛЮВАННЯ ЇХ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

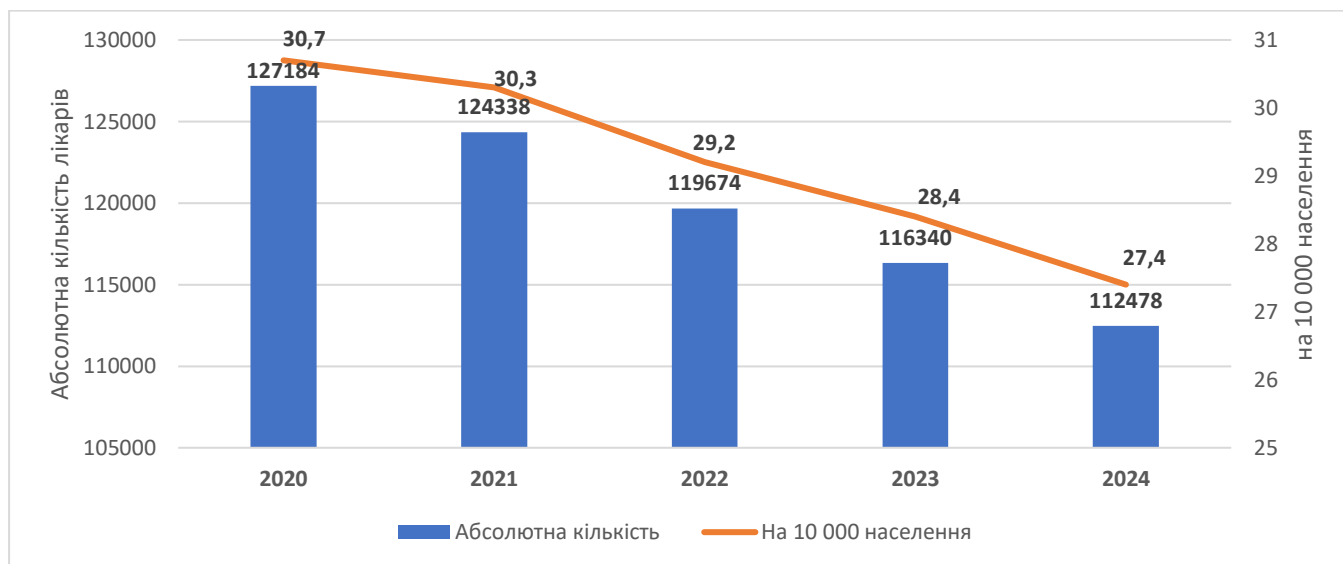
### 3.1. Трансформація кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України як передумова обґрунтування моделі соціального медичного страхування працівників галузі

Стан кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України є одним із ключових чинників, що визначають стійкість галузі та можливості її подальшого розвитку в умовах соціально-економічних і демографічних викликів. Скорочення чисельності медичних працівників, зміна структури кадрового складу та посилення регіональних диспропорцій актуалізують необхідність пошуку нових механізмів забезпечення соціального захисту персоналу галузі. У цьому контексті оцінка сучасних тенденцій формування та використання кадрового потенціалу виступає важливою передумовою обґрунтування моделі соціального медичного страхування працівників системи охорони здоров'я.

Результати дослідження, проведеного на підставі даних форми державної статистичної звітності № 17 «Звіт про медичні кадри» за 2020-2024 роки [103], засвідчили наявність суттєвих трансформаційних процесів у кадровому забезпеченні системи охорони здоров'я України. Встановлено стійку тенденцію до скорочення чисельності практикуючих лікарів (без урахування працівників науково-дослідних установ, закладів післядипломної освіти, організаторів охорони здоров'я та лікарів санітарно-епідеміологічного профілю), які працюють у системі МОЗ України (рис. 3.1).

У 2020 році чисельність таких лікарів становила 127 184 особи. У наступні роки відбулося її послідовне скорочення: до 124 338 осіб у 2021 році, 119 674 осіб у 2022 році, 116 340 осіб у 2023 році та 112 478 осіб у 2024 році. Таким чином, за досліджуваний період система охорони здоров'я втратила 14 706 лікарів, що

відповідає зменшенню кадрового потенціалу на 11,56%. Найбільше абсолютне скорочення було зафіксовано у 2022 році, коли чисельність лікарського корпусу зменшилася на 4 664 особи порівняно з попереднім роком. Така динаміка значною мірою відображає вплив воєнних дій, вимушеної міграції населення та медичних працівників, а також порушення функціонування медичної інфраструктури в окремих регіонах країни.



**Рис. 3.1. Динаміка чисельності та забезпеченості населення практикуючими лікарями\* в системі МОЗ України у 2020–2024 рр.**

\*без урахування працівників науково-дослідних установ, закладів післядипломної освіти, організаторів охорони здоров'я та лікарів санітарно-епідеміологічного профілю

Негативні зміни простежуються і за показником забезпеченості населення лікарями. Якщо у 2020 році на 10 тис. населення припадало 30,7 лікаря, то у 2024 році цей показник знизився до 27,4, що відповідає скороченню на 10,75%. Зниження рівня забезпеченості свідчить про те, що темпи скорочення чисельності лікарів перевищували темпи зменшення чисельності населення. Відповідно, кадрові втрати призводили не лише до абсолютного скорочення медичного персоналу, а й до зниження доступності медичної допомоги для населення.

Аналіз динаміки показує, що у 2020-2021 роках скорочення кадрового потенціалу мало відносно помірний характер і відбувалося на тлі значного навантаження на систему охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19. Водночас починаючи з 2022 року негативна тенденція суттєво посилилася та набула ознак

структурного дефіциту медичних кадрів. Щорічне скорочення чисельності лікарів у середньому на 3,5–4,0 тис. осіб свідчить про тривалий характер кадрових втрат та недостатність наявних механізмів їх компенсації.

Поглиблений аналіз матеріалів офіційної статистичної звітності МОЗ України у регіональному розрізі, засвідчив, що поряд із загальнонаціональним скороченням чисельності лікарів у 2020-2024 роках відбувалося суттєве посилення міжрегіональних диспропорцій у забезпеченості населення лікарськими кадрами (табл. 3.1.). Незважаючи на єдиний для країни негативний тренд, регіональна динаміка характеризувалася значною неоднорідністю, що значною мірою була зумовлена наслідками повномасштабної війни, міграційними процесами та нерівномірним розподілом навантаження на систему охорони здоров'я.

Найбільш несприятлива ситуація сформувалася в областях, які зазнали безпосереднього впливу активних бойових дій або тривалого перебування під окупацією. У Донецькій, Луганській та Херсонській областях чисельність лікарів скоротилася майже удвічі порівняно з 2020 роком, а втрати кадрового потенціалу становили від 49 до 52%. Одночасно рівень забезпеченості населення лікарями знизився до 11–12 фахівців на 10 тис. населення, що майже втричі менше від середньодержавного показника. Значне скорочення кадрових ресурсів також відзначалося у Запорізькій області, де чисельність лікарів зменшилася більш ніж на третину, а також у Харківській області, яка втратила близько 1,7 тис. фахівців. Такі зміни свідчать про суттєве послаблення кадрової спроможності регіональних систем охорони здоров'я та формування додаткових бар'єрів у забезпеченні населення доступною медичною допомогою.

Водночас західні регіони України та м. Київ зберегли провідні позиції за показниками кадрового забезпечення. Найвищий рівень забезпеченості лікарями у 2024 році був характерний для Івано-Франківської, Львівської, Чернівецької та Тернопільської областей, де на 10 тис. населення припадало від 38,9 до 40,7 лікаря. Столиця продовжувала концентрувати найбільшу кількість лікарських кадрів в абсолютному вимірі - понад 11 тис. фахівців. Високі показники цих територій можуть бути пов'язані з наявністю потужної мережі багатопрофільних закладів

охорони здоров'я, закладів вищої медичної освіти та післядипломної підготовки, а також із концентрацією високоспеціалізованої медичної допомоги.

Таблиця 3.1.

**Динаміка чисельності та забезпеченості населення практикуючими лікарями\* в системі МОЗ України у 2020-2024 рр.**

Територія	Абсолютна кількість лікарів		Динаміка у 2020-2024 рр		Лікарів на 10 000 населення		Динаміка у 2020-2024 рр	
	2020	2024	Абс. прир.	ТПр у %	2020	2024	Абс. прир.	ТПр у %
Україна	127184	112478	-14706	-11.6	30.7	27.4	-3.3	-10.7
Вінницька	5517	5063	-454	-8.2	36.2	33.7	-2.5	-6.9
Волинська	3360	3291	-69	-2.1	32.8	32.3	-0.5	-1.5
Дніпропетровська	9969	8871	-1098	-11.0	31.8	28.7	-3.1	-9.7
Донецька	4599	2194	-2405	-52.3	24.4	11.6	-12.8	-52.5
Житомирська	3692	3468	-224	-6.1	30.9	29.4	-1.5	-4.9
Закарпатська	3748	3511	-237	-6.3	30	28.3	-1.7	-5.7
Запорізька	5947	3978	-1969	-33.1	35.7	24.3	-11.4	-31.9
Ів-Франківська	6073	5489	-584	-9.6	44.7	40.7	-4.0	-8.9
Київська	5255	4865	-390	-7.4	29.5	27.2	-2.3	-7.8
Кіровоградська	2545	2535	-10	-0.4	27.9	28.3	0.4	1.4
Луганська	1629	821	-808	-49.6	24.1	12.3	-11.8	-49.0
Львівська	10383	9781	-602	-5.8	41.9	39.8	-2.1	-5.0
Миколаївська	2754	2531	-223	-8.1	24.9	23.2	-1.7	-6.8
Одеська	7995	6991	-1004	-12.6	33.9	29.9	-4.0	-11.8
Полтавська	4788	4866	78	1.6	35.1	36.2	1.1	3.1
Рівненська	3856	3821	-35	-0.9	33.6	33.5	-0.1	-0.3
Сумська	3376	3163	-213	-6.3	32.1	30.6	-1.5	-4.7
Тернопільська	3935	3963	28	0.7	38.3	38.9	0.6	1.6
Харківська	8801	7104	-1697	-19.3	33.6	27.5	-6.1	-18.2
Херсонська	2491	1211	-1280	-51.4	24.5	12.1	-12.4	-50.6
Хмельницька	4303	4075	-228	-5.3	34.7	33.2	-1.5	-4.3
Черкаська	3493	3438	-55	-1.6	29.7	29.7	0.0	0.0
Чернівецька	3793	3499	-294	-7.8	42.5	39.4	-3.1	-7.3
Чернігівська	3015	2780	-235	-7.8	31.1	29.2	-1.9	-6.1
м.Київ	11867	11169	-698	-5.9	40.6	38.4	-2.2	-5.4

\*без урахування працівників науково-дослідних установ, закладів післядипломної освіти, організаторів охорони здоров'я та лікарів санітарно-епідеміологічного профілю

Окрему увагу привертають регіони, які в умовах воєнного часу продемонстрували відносну кадрову стабільність або позитивну динаміку. Так,

Полтавська область стала єдиним регіоном України, де протягом досліджуваного періоду зафіксовано збільшення чисельності лікарів на 1,6%, а показник забезпеченості зріс до 36,2 на 10 тис. населення. Позитивні зміни також спостерігалися у Тернопільській області, тоді як Кіровоградська та Рівненська області зберегли кадровий потенціал практично на рівні початку досліджуваного періоду. Імовірно, важливу роль у формуванні таких тенденцій відіграли процеси внутрішньої міграції населення та релокації медичних працівників із територій, що постраждали внаслідок бойових дій.

Отримані результати підтверджують суттєву трансформацію регіональної структури кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України та поглиблення територіальної нерівномірності розподілу медичних кадрів упродовж 2020-2024 років. Концентрація лікарського потенціалу в центральних і західних областях та його значне скорочення у східних і південних регіонах не лише ускладнюють забезпечення рівного доступу населення до медичної допомоги, а й актуалізують необхідність удосконалення механізмів соціального захисту медичних працівників. За таких умов запровадження соціального медичного страхування може стати одним із дієвих інструментів державної кадрової політики, спрямованих на підвищення привабливості професійної діяльності та зміцнення кадрової стійкості галузі. Особливого значення система соціального медичного страхування набуває для регіонів із критичним дефіцитом медичних працівників, де вона може виконувати не лише захисну, а й стимулюючу функцію, забезпечуючи додаткові соціальні гарантії, компенсацію професійних ризиків та підвищення рівня соціальної безпеки фахівців. Це створюватиме додаткові мотиваційні передумови для залучення та утримання медичних кадрів у територіях з найбільшими кадровими втратами. Водночас у регіонах із відносно стабільним кадровим забезпеченням соціальне медичне страхування може виступати інструментом довгострокової професійної мотивації, сприяти збереженню наявного кадрового потенціалу та запобігати подальшому відтоку кваліфікованих працівників.

Таким чином, виявлені регіональні диспропорції кадрового забезпечення свідчать про доцільність формування диференційованої моделі соціального медичного страхування, яка враховуватиме особливості кадрової ситуації в окремих регіонах та поєднуватиме функції соціального захисту, кадрової підтримки і професійної ретенції медичних працівників. Це сприятиме підвищенню кадрової стабільності системи охорони здоров'я та створенню передумов для більш збалансованого територіального розподілу медичних ресурсів.

Подальший аналіз кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України засвідчив не лише скорочення чисельності лікарів, а й поглиблення дисбалансу між кадровими потребами закладів охорони здоров'я та фактично наявним трудовим потенціалом. Упродовж 2020-2024 років у закладах охорони здоров'я в системі МОЗ України спостерігалось послідовне зменшення як штатного фонду лікарських посад, так і кількості працюючих лікарів, що відображає наростання структурного дефіциту кадрів в умовах тривалих соціально-економічних та воєнних викликів (табл.3.2.).

Чисельність штатних лікарських посад у ЗОЗ системи МОЗ України скоротилася з 181 897,8 у 2020 році до 163 759,8 у 2024 році. Абсолютне скорочення становило 18 138 посад, або 9,97%. Водночас більш виражене зниження відзначалося щодо кількості зайнятих посад, яка за досліджуваний період зменшилася на 24 582,5 одиниці, що відповідає темпу скорочення 15,92%. Така динаміка свідчить про те, що процеси фактичного вибуття медичних працівників із системи відбувалися швидше, ніж адаптація штатної структури до нових умов функціонування галузі.

Особливо показовими є зміни чисельності фізичних осіб лікарів, які найбільш повно характеризують реальний кадровий потенціал системи охорони здоров'я. Упродовж 2020-2024 років кількість лікарів скоротилася з 147 361 до 127 675 осіб, тобто на 19 686 фахівців або 13,36%. Таким чином, темпи зменшення чисельності лікарського персоналу перевищували темпи скорочення штатного фонду, що свідчить про поступове поглиблення дефіциту кадрів та зниження кадрової спроможності закладів охорони здоров'я.

Таблиця 3.2.

**Комплексна характеристика балансу та укомплектованості лікарських посад у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2020-2024 рр.**

Назва показника	2020	2021	2022	2023	2024	Абс. прир	Темп прир, %
Штатні лікарські посади - всього	181897.8	179864.5	170685.6	167792.4	163759.8	-18138	-9.97
Забезпеченість штатними посадами - всього на 10 тис. населення	43.92	43.87	41.63	40.93	39.94	-3.98	-9.06
Зайняті лікарські посади всього	154365.3	150644	139028.4	135710.7	129782.8	-24582.5	-15.92
Число лікарів фізичних осіб	147361	143887	137549	133237	127675	-19686	-13.36
Розрив між штатними і зайнятими посадами	27532.5	29220.5	31657.2	32081.7	33976.95	6444.45	23.41
Розрив між штатними посадами і лікарями фізичними особами	34536.75	35977.45	33136.55	34555.4	36084.75	1548	4.48
% укомплектованості штатними посадами з урахуванням сумісництва	84.86	83.75	81.45	80.88	79.25	-5.61	-6.61
% укомплектованості штатних посад фізичними особами	81.01	80	80.59	79.41	77.96	-3.05	-3.76
Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	35.58	35.1	33.55	32.5	31.14	-4.44	-12.48
Коефіцієнт сумісництва	1.05	1.05	1.01	1.02	1.02	-0.03	-2.86
Кількість посад зайнятих за сумісництвом	7004.25	6756.95	1479.35	2473.7	2107.8	-4896.45	-69.91

Скорочення кадрового потенціалу закономірно відобразилося на показниках забезпеченості населення лікарськими кадрами. Забезпеченість штатними лікарськими посадами на 10 тис. населення знизилася з 43,92 до 39,94, або на 9,06%. Водночас забезпеченість фізичними особами лікарів скоротилася з 35,58 до 31,14 на 10 тис. населення, що відповідає зменшенню на 12,48%. Наведені дані свідчать про поступове зниження кадрової доступності медичної допомоги для населення та підтверджують тенденцію до формування хронічного кадрового дефіциту в системі охорони здоров'я. Найбільш виражені негативні зміни спостерігалися у 2022-2024 роках, що може бути пов'язано з наслідками воєнних дій, міграцією медичних працівників, мобілізаційними процесами та змінами у функціонуванні мережі закладів охорони здоров'я.

Важливим індикатором кадрової ситуації є співвідношення між кількістю штатних посад і фактичною чисельністю лікарів. Аналіз показав, що протягом досліджуваного періоду відбулося суттєве збільшення розриву між кадровою потребою системи та наявними трудовими ресурсами. Якщо у 2020 році різниця між кількістю штатних лікарських посад та чисельністю фізичних осіб лікарів становила 27 532,5 особи, то у 2024 році вона зросла до 33 976,9 особи. Таким чином, дефіцит кадрового забезпечення збільшився на 23,4%, що свідчить про наростання диспропорцій між потребами закладів охорони здоров'я та можливостями їх кадрового забезпечення.

Погіршення кадрової ситуації також підтверджується динамікою показників укомплектованості. Рівень укомплектованості штатних посад зайнятими посадами знизився до 79,25%, що на 5,61 відсоткового пункту менше порівняно з 2020 роком. Аналогічна тенденція спостерігалася і щодо укомплектованості фізичними особами лікарів, яка зменшилася до 77,96%, або на 3,05 відсоткового пункту. Це означає, що наприкінці досліджуваного періоду понад п'ята частина лікарських посад у закладах системи МОЗ України залишалася незаповненою, що негативно впливає на організацію медичної допомоги та рівень навантаження на працюючий персонал.

Водночас аналіз коефіцієнта сумісництва показав його відносну стабільність упродовж усього періоду спостереження. Значення показника коливалося в межах від 1,01 до 1,05 та демонструвало лише незначну тенденцію до зниження. Це свідчить про обмежені можливості компенсації кадрового дефіциту за рахунок внутрішнього перерозподілу навантаження між наявними працівниками. Фактично резерви екстенсивного використання трудових ресурсів у системі охорони здоров'я залишаються вичерпаними, а подальше покриття кадрових потреб потребує залучення нових фахівців.

Регіональний аналіз кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я системи МОЗ дозволив виявити суттєві територіальні відмінності у формуванні та використанні лікарських ресурсів упродовж 2020-2024 років. Отримані результати свідчать про поглиблення нерівномірності розподілу кадрового потенціалу між

окремими регіонами країни, що значною мірою обумовлено наслідками воєнних дій, внутрішньою міграцією населення та медичних працівників, а також змінами в організації мережі закладів охорони здоров'я. У досліджуваній період сформувалася виражена просторова диференціація, за якої окремі області зіткнулися з критичним скороченням кадрових ресурсів, тоді як інші змогли зберегти відносну стабільність або навіть посилити свій кадровий потенціал.

Найбільш несприятлива ситуація спостерігалася у східних та південних регіонах, які зазнали найбільшого впливу бойових дій та окупації. У Донецькій, Луганській і Херсонській областях відбулося майже двократне скорочення чисельності фізичних осіб лікарів, що супроводжувалося різким зниженням показників забезпеченості населення медичними кадрами. У 2024 році рівень забезпеченості лікарями в цих регіонах становив лише 13,23-13,94 на 10 тис. населення, що є найнижчим показником серед усіх адміністративно-територіальних одиниць країни. Особливо складна кадрова ситуація склалася у Луганській області, де рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами лікарів знизився до 50,07%, тобто фактично кожна друга лікарська посада залишалася незаповненою. Значних втрат кадрового потенціалу зазнали також Харківська та Запорізька області, де поряд зі скороченням чисельності персоналу відбулося суттєве погіршення показників укомплектованості та збільшення розриву між штатною потребою та фактичною кількістю працюючих фахівців.

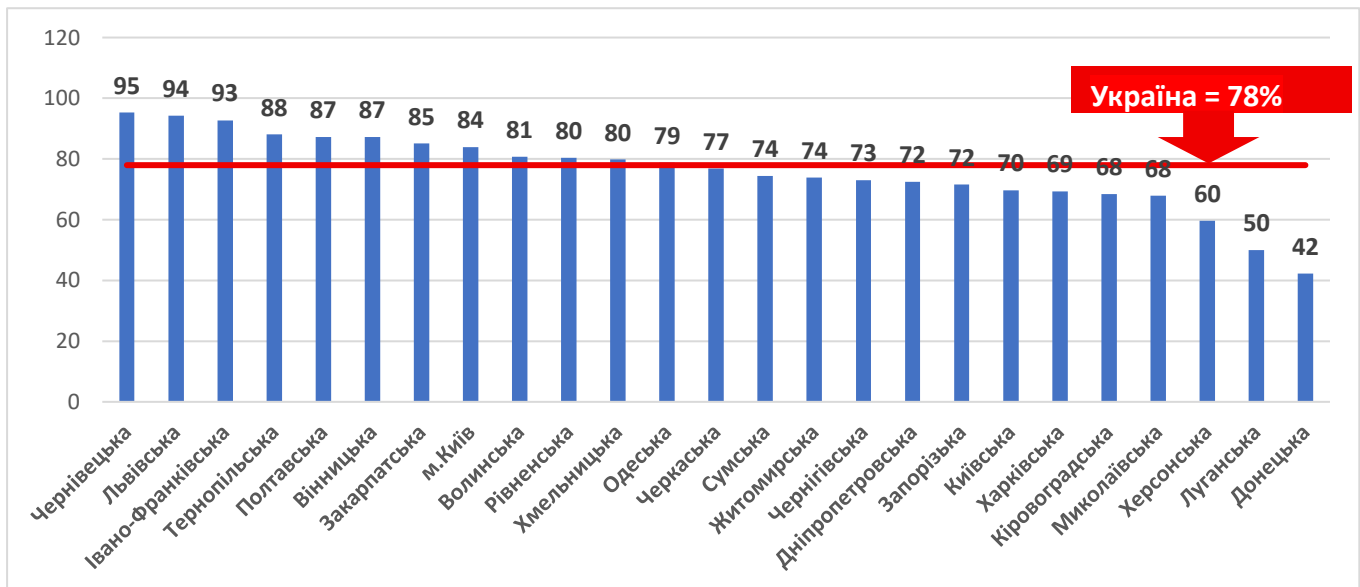
На протиположних тенденціям західні регіони України та місто Київ зберегли провідні позиції за рівнем кадрового забезпечення. Найвищі показники забезпеченості фізичними особами лікарів у 2024 році були зареєстровані в Чернівецькій та Івано-Франківській областях - відповідно 48,75 та 48,29 на 10 тис. населення. Високими залишалися аналогічні показники у Львівській та Тернопільській областях. Чернівецька область також характеризувалася найвищим в Україні рівнем укомплектованості лікарських посад, який досяг 95,24%. Місто Київ продовжувало відігравати роль найбільшого кадрового центру держави, концентруючи понад 13,3 тис. лікарів та забезпечуючи один із найвищих рівнів кадрового забезпечення населення - 45,89 лікарів на 10 тис. осіб. Збереження

високих показників у цих регіонах може бути пов'язане з концентрацією спеціалізованих медичних закладів, закладів вищої медичної освіти та післядипломної підготовки, а також із переміщенням частини медичних працівників із територій, що постраждали внаслідок війни.

Особливе місце в регіональній структурі кадрового забезпечення посідають області центральної частини України, які впродовж досліджуваного періоду виконували важливу стабілізаційну функцію. Такі регіони стали основними центрами прийому внутрішньо переміщених осіб та релокованих медичних працівників, що сприяло збереженню кадрового потенціалу. Зокрема, у Полтавській області чисельність фізичних осіб лікарів залишалася практично незмінною: 5 887 осіб у 2020 році та 5 827 осіб у 2024 році. Це дозволило підтримувати один із найвищих рівнів забезпеченості населення лікарями - 43,34 на 10 тис. населення. Важливе значення для функціонування системи охорони здоров'я в умовах війни зберігала також Дніпропетровська область, яка, незважаючи на значне навантаження як один із ключових госпітальних та евакуаційних центрів країни, утримувала кадровий ресурс чисельністю понад 10 тис. лікарів.

Аналіз укомплектованості штатних лікарських посад фізичними особами (який в Україні у 2024 р. складав 77,96%) у територіальному аспекті чітко розмежував регіони на три полярні кластери:

Профіцитно-стабільний кластер (вище середнього в Україні): охоплює області Західної України та місто Київ, де показники укомплектованості суттєво перевищують загальнодержавний маркер і сягають максимуму в Чернівецькій (95,24%), Львівській (94,33%) та Івано-Франківській (92,76%) областях. Це підтверджує штучну концентрацію людських ресурсів у відносно безпечних регіонах за рахунок внутрішньої міграції та релокації фахівців (рис. 3.2.).



**Рис. 3.2. Регіональні особливості укомплектованості штатних лікарських посад фізичними особами у ЗОЗ системи МОЗ України, 2024 р. (у %)**

Субкомпенсований кластер (на рівні середнього в Україні): Включає більшість областей Центрального та Північного регіонів (Хмельницька - 79,81%, Одеська - 78,84%, Волинська - 80,81% тощо), які безпосередньо формують загальнонаціональний тренд (коливання в межах  $\pm 2\%$ ), функціонуючи в режимі прихованого кадрового виснаження та високого навантаження на працюючий персонал.

Дефіцитно-критичний кластер (критично нижче середнього в Україні): Охоплює прифронтові, деокуповані та постраждалі внаслідок війни території, де укомплектованість є аномально низькою порівняно із середньоукраїнським рівнем. Найбільш загрозливий розрив зафіксовано в Херсонській (59,7%), Луганській (50,07%) та Донецькій (42,24%) областях, що свідчить про фактичну втрату кадрової спроможності місцевих систем охорони здоров'я.

Виявлена амплітуда регіональної нерівномірності (розмах між показниками становить 53,0% - між Чернівецькою та Донецькою областями) доводить неспроможність уніфікованих адміністративно-фінансових підходів до управління медичними кадрами та виступає прямим емпіричним обґрунтуванням для впровадження оптимізованої організаційної моделі соціального медичного страхування. Отримані дані підтверджують, що архітектура майбутньої моделі

соціального медичного страхування повинна мати гнучкий, диференційований характер: у регіонах із показниками значно нижче середнього (Схід і Південь) вона має виконувати екстрену компенсаторно-стимулюючу функцію (через розширені страхові пакети та фінансові гарантії утримання кадрів), а в регіонах із високою укомплектованістю (Захід) - стабілізаційно-мотиваційну функцію для збереження накопиченого людського капіталу галузі.

Додаткову інформацію щодо особливостей кадрової ситуації на регіональному рівні надає аналіз коефіцієнта сумісництва. У низці областей із вираженим дефіцитом персоналу спостерігалися підвищені значення цього показника, зокрема у Кіровоградській (1,14), Донецькій (1,12) та Житомирській (1,11) областях. Це свідчить про необхідність виконання лікарями обов'язків за декількома посадами для забезпечення безперервності надання медичної допомоги. Водночас у регіонах із відносно високим рівнем кадрового забезпечення коефіцієнт сумісництва був нижчим, що може вказувати на більш збалансоване співвідношення між штатною потребою та фактичною чисельністю медичних працівників.

Аналіз кадрового потенціалу ЗОЗ системи МОЗ України у розрізі окремих спеціальностей виявив виражені структурні диспропорції та нерівномірність кадрових змін (табл. 3.3.). Поряд із загальним скороченням чисельності лікарів спостерігаються суттєві відмінності у темпах кадрових втрат між окремими спеціальностями, що призводить до формування значних структурних диспропорцій та підвищення ризиків для забезпечення доступності медичної допомоги населенню.

Найбільш виражені негативні зміни встановлено у фтизіатричній службі, де чисельність лікарів-фтизіатрів протягом 2020–2024 років скоротилася на 50,62% - з 1 541 до 761 особи. Значних кадрових втрат зазнала також стоматологічна служба закладів охорони здоров'я системи МОЗ України, де чисельність лікарів зменшилася на 30,73% (на 3 873 особи). Найбільше скорочення відбулося серед дитячих стоматологів, стоматологів-ортопедів та стоматологів-терапевтів.

Таблиця 3.3.

**Показники кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я України за  
окремими групами лікарських спеціальностей у 2020-2024 рр.**

Спеціальність лікарів	Абсолютна кількість лікарів				На 10 000 населення			
	2020	2024	Абс. приріст	Темп прир %	2020	2024	Абс. приріст	Темп прир %
Загальна практика – сімейна медицина	14797	13262	-1535	-10.4	3.6	3.2	-0.3	-9.5
Терапевтична група /загалом/	27570	24531	-3039	-11.0	6.7	6.0	-0.7	-10.2
Кардіологи	2623	2622	-1	0.0	0.6	0.6	0.0	1.6
гастроентерологи	722	644	-78	-10.8	0.2	0.2	0.0	-5.9
ендокринологи	1344	1282	-62	-4.6	0.3	0.3	0.0	-3.1
функціональна діагностика	1142	1000	-142	-12.4	0.3	0.2	0.0	-14.3
ультразвукова діагностика	2271	2313	42	1.8	0.6	0.6	0.0	1.8
медицина невідкладних станів	3719	3565	-154	-4.1	0.9	0.9	0.0	-3.3
інфекціоністи	2159	1917	-242	-11.2	0.5	0.5	-0.1	-9.6
Хірургів /уся група/	24077	23359	-718	-3.0	5.8	5.7	-0.1	-1.9
Хірурги	7068	6582	-486	-6.9	1.7	1.6	-0.1	-5.8
серцево-судинні хірурги	492	546	54	11.0	0.1	0.1	0.0	8.3
торакальні хірурги	220	202	-18	-8.2	0.1	0.1	0.0	0.0
нейрохірурги	590	599	9	1.5	0.1	0.2	0.0	7.1
анестезіологи	7625	7483	-142	-1.9	1.8	1.8	0.0	-0.5
ортопеди-травматологи	3638	3706	68	1.9	0.9	0.9	0.0	2.3
Урологи	1554	1454	-100	-6.4	0.4	0.4	0.0	-7.9
ендоскопісти	773	787	14	1.8	0.2	0.2	0.0	0.0
Проктологи	197	183	-14	-7.1	0.1	0.0	0.0	-20.0
онкологи - вся група	1669	1616	-53	-3.2	0.4	0.4	0.0	-2.5
Стоматологів /уся група/	12601	8728	-3873	-30.7	3.0	2.1	-0.9	-29.9
акушери-гінекологи	9211	7675	-1536	-16.7	2.2	1.9	-0.4	-15.8
Педіатри	7925	6315	-1610	-20.3	1.9	1.5	-0.4	-19.4
рентгенологи	2982	3003	21	0.7	0.7	0.7	0.0	1.4
офтальмологи	2780	2514	-266	-9.6	0.7	0.6	-0.1	-9.0
отоларингологи	2631	2458	-173	-6.6	0.6	0.6	0.0	-6.3
Фтизіатри	1541	761	-780	-50.6	0.4	0.2	-0.2	-48.6
невропатологи	5327	4683	-644	-12.1	1.3	1.1	-0.2	-11.6
Психіатри	2844	2587	-257	-9.0	0.7	0.6	-0.1	-8.7
дерматовенерологи	2317	1795	-522	-22.5	0.6	0.4	-0.1	-21.4
Інтерни	13674	10680	-2994	-21.9	3.3	2.6	-0.7	-20.9

Виявлена динаміка може свідчити про подальший перерозподіл кадрових ресурсів між державним і приватним секторами охорони здоров'я, а також про вплив міграційних процесів серед медичних працівників.

Суттєві кадрові втрати встановлено у педіатричній та акушерсько-гінекологічній службах. Чисельність лікарів-педіатрів зменшилася на 20,32% (на 1 610 осіб), а лікарів акушерів-гінекологів – на 16,67% (на 1 536 осіб). Враховуючи демографічні процеси, що відбуваються в Україні, зокрема зменшення народжуваності та значну зовнішню міграцію сімей із дітьми, виявлені зміни частково відображають трансформацію потреб населення в медичній допомозі. Водночас скорочення кадрового потенціалу зазначених спеціальностей може негативно впливати на доступність та якість медичної допомоги дітям, вагітним і жінкам репродуктивного віку.

Негативна динаміка спостерігалася також серед лікарів терапевтичного профілю. Загальна чисельність лікарів терапевтичних спеціальностей скоротилася на 11,02%, при цьому найбільші втрати зафіксовано серед неврологів, гастроентерологів, дерматовенерологів та інших вузькопрофільних спеціалістів. Особливу увагу привертає ситуація на первинній ланці охорони здоров'я, де чисельність лікарів загальної практики – сімейної медицини зменшилася на 10,37% (на 1 535 осіб). З огляду на ключову роль первинної медичної допомоги у забезпеченні доступності медичних послуг населенню, така тенденція може розглядатися як один із найбільш суттєвих ризиків для подальшого функціонування системи охорони здоров'я.

На відміну від зазначених спеціальностей, окремі напрями спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги продемонстрували відносну кадрову стійкість. Загальна чисельність лікарів хірургічного профілю скоротилася лише на 2,98% (на 718 осіб), що є значно нижчим показником порівняно із середньогалузевими темпами скорочення. При цьому у низці високотехнологічних спеціальностей зафіксовано позитивну динаміку. Зокрема, чисельність серцево-судинних хірургів збільшилася на 10,98%, нейрохірургів - на 1,53%, а ортопедів-травматологів - на 1,87%. Такі зміни можуть бути пов'язані зі зростанням потреби

у спеціалізованій хірургічній допомозі внаслідок воєнних дій, збільшенням кількості тяжких травм, необхідністю проведення реконструктивних втручань та подальшої медичної реабілітації постраждалих.

Позитивні тенденції встановлено також у сфері сучасної діагностики. Кількість лікарів ультразвукової діагностики зросла на 1,85%, а лікарів-ендоскопістів - на 1,81%, що свідчить про збереження та розвиток технологічно орієнтованих напрямів медичної допомоги. Водночас кардіологічна служба характеризувалася високим рівнем кадрової стабільності: чисельність кардіологів практично не змінилася, а показник забезпеченості населення цими фахівцями навіть дещо зріс унаслідок демографічних змін.

Особливе занепокоєння викликає стан кадрового резерву галузі. Встановлено, що чисельність лікарів-інтернів, які є основним джерелом відтворення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, протягом досліджуваного періоду скоротилася на 21,89% (на 2 994 особи) - з 13 674 до 10 680 осіб. Одночасно рівень забезпеченості населення лікарями-інтернами знизився на 20,91%. Враховуючи тенденції старіння медичних кадрів, значні міграційні втрати та зростання кадрового дефіциту, таке скорочення молодого кадрового резерву створює серйозні ризики для відтворення людського капіталу галузі та забезпечення її сталого функціонування у середньо- та довгостроковій перспективі.

Отримані результати свідчать про формування глибоких структурно-профільних диспропорцій у кадровому забезпеченні системи охорони здоров'я України та підтверджують обмеженість ефективності існуючих механізмів державної кадрової політики щодо утримання медичних працівників. Виявлені тенденції обґрунтовують необхідність упровадження нових інструментів кадрової підтримки та соціального захисту медичних працівників. Одним із перспективних напрямів розв'язання зазначених проблем є розроблення та впровадження диференційованої організаційної моделі соціального медичного страхування медичних працівників, яка передбачатиме використання розширених страхових пакетів, механізмів страхування професійних ризиків, додаткових соціально-економічних гарантій і цільових стимулів для фахівців дефіцитних спеціальностей

та молодих лікарів. Реалізація такої моделі може стати важливим інструментом підвищення кадрової стійкості, професійної мотивації та збереження людського капіталу системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення.

Поглиблений структурно-динамічний аналіз кадрового потенціалу **середнього медичного персоналу** в Україні за 2020-2024 роки засвідчив суттєве скорочення кадрових ресурсів цієї категорії працівників та формування стійких негативних тенденцій у кадровому забезпеченні системи охорони здоров'я. Протягом досліджуваного періоду сектор фахівців із середньою медичною освітою, до якого належать медичні сестри та брати, фельдшери, акушерки та інші спеціалісти середньої ланки, зазнав значних кількісних втрат як у межах штатної структури закладів охорони здоров'я, так і за показниками фактичної чисельності працівників. Отримані результати свідчать про поступове виснаження кадрового потенціалу середнього медичного персоналу, що створює ризики для належного функціонування як стаціонарної, так і амбулаторної медичної допомоги.

За даними статистичної звітності, кількість штатних посад середнього медичного персоналу у закладах охорони здоров'я України протягом 2020–2024 років скоротилася на 17,44%, або на 53 895,5 посади, зменшившись із 309 110,3 до 255 214,8 (табл. 3.4.). Водночас кількість зайнятих посад знизилася ще більшою мірою - на 22,85%, що відповідає втраті 62 929,8 зайнятих позицій. Аналіз фактичної чисельності працівників (фізичних осіб) також виявив виражену негативну динаміку: за досліджуваний період їх кількість скоротилася на 21,23%, або на 58 056 осіб, - із 273 526 до 215 470 працівників. Співставлення темпів скорочення штатних посад і фактичної чисельності персоналу свідчить про те, що вибуття працівників відбувалося швидше, ніж адаптація штатної структури закладів охорони здоров'я до нових умов функціонування.

Таблиця 3.4.

**Комплексна характеристика балансу та укомплектованості середнього медичного персоналу у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2020-2024 рр.**

Назва показника	2020	2021	2022	2023	2024	Абс. прир	Темп прир, %
Штатні посади середнього медичного персоналу	309110.3	296245.3	272868.4	261671.2	255214.8	-53895.5	-17.44
Забезпеченість штатними посадами на 10 000 населення	74.63	72.26	66.56	63.83	62.25	-12.38	-16.59
Зайняті посади середнього медичного персоналу	275406.3	262205.9	233814.6	223335.1	212476.5	-62929.8	-22.85
Фізичні особи середнього медичного персоналу	273526	261255	241147	229368	215470	-58056	-21.23
Розрив між штатними і зайнятими посадами	33704	34039.4	39053.85	38336.1	42738.3	9034.3	26.80
Розрив між штатними посадами і фізичними особами	35584.25	34990.25	31721.4	32303.15	39744.75	4160.5	11.69
% укомплектованості штатними посадами з урахуванням сумісництва	89.1	88.51	85.69	85.35	83.25	-5.85	-6.57
% укомплектованості штатних посад фізичними особами	88.49	88.19	88.37	87.66	84.43	-4.06	-4.59
Забезпеченість середнім медперсоналом на 10000 нас.	66.04	63.72	58.82	55.95	52.56	-13.48	-20.41
Коефіцієнт сумісництва	1.01	1	0.97	0.97	0.99	-0.02	-1.98

Скорочення кадрового потенціалу закономірно позначилося на показниках забезпеченості населення середнім медичним персоналом. Рівень забезпеченості штатними посадами в розрахунку на 10 тис. населення знизився на 16,59% - з 74,63 до 62,25, тоді як забезпеченість фізичними особами скоротилася на 20,41% - з 66,04 до 52,56 на 10 тис. населення. Абсолютне зменшення цього показника становило 13,48 працівника на 10 тис. населення. Така динаміка свідчить про істотне зниження кадрової доступності медичної допомоги та формування дефіциту

середнього медичного персоналу в більшості регіонів країни. Найбільш інтенсивне скорочення кадрових ресурсів припало на період повномасштабної війни, що може бути пов'язано з міграційними процесами, зміною місця проживання працівників, безпековими ризиками та недостатнім рівнем матеріального стимулювання.

Нерівномірність змін у штатній структурі та фактичній чисельності працівників зумовила поглиблення кадрового дефіциту в системі охорони здоров'я. Так, розрив між кількістю штатних і зайнятих посад збільшився на 26,80%, або на 9 034,3 вакансії. Одночасно різниця між кількістю штатних посад та чисельністю фізичних осіб зросла на 11,69% і у 2024 році досягла 39 744,75. Наслідком цього стало зниження рівня укомплектованості закладів охорони здоров'я середнім медичним персоналом. Укомплектованість штатних посад зайнятими посадами зменшилася на 5,85 відсоткового пункту та становила 83,25%, тоді як укомплектованість фізичними особами скоротилася на 4,06 відсоткового пункту - до 84,43%. Таким чином, наприкінці досліджуваного періоду понад 15% штатних посад середнього медичного персоналу залишалися незаповненими.

Водночас аналіз коефіцієнта сумісництва свідчить про відносну стабільність цього показника протягом досліджуваного періоду. Його значення знизилося лише з 1,01 до 0,99, або на 1,98%, що свідчить про відсутність суттєвого поширення практики внутрішнього сумісництва серед працівників середньої медичної ланки. На відміну від лікарського персоналу, середній медичний персонал не компенсував кадровий дефіцит шляхом виконання додаткового обсягу роботи на кількох посадах. Це може бути пов'язано як із характером професійної діяльності, так і з обмеженими можливостями заміщення відповідних посад.

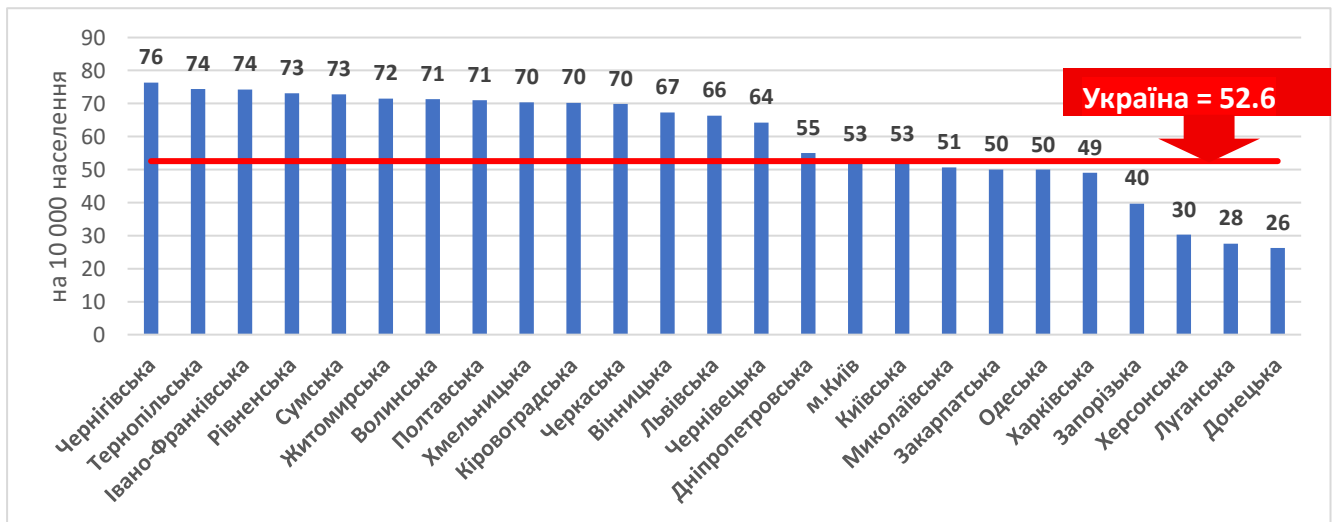
Порівняльний аналіз кадрових втрат середнього медичного та лікарського персоналу засвідчив, що скорочення чисельності фахівців середньої ланки (-21,23%) суттєво перевищувало відповідний показник серед лікарів (-13,36%). Така динаміка свідчить про вищу вразливість середнього медичного персоналу до впливу соціально-економічних, демографічних і безпекових чинників, а також про недостатню ефективність існуючих механізмів соціального захисту та професійної підтримки цієї категорії працівників. З огляду на те, що саме медичні сестри,

фельдшери та акушерки забезпечують безперервність лікувально-діагностичного процесу, догляд за пацієнтами та значною мірою визначають якість медичних послуг, подальше скорочення їх чисельності створює серйозні ризики для стабільного функціонування системи охорони здоров'я.

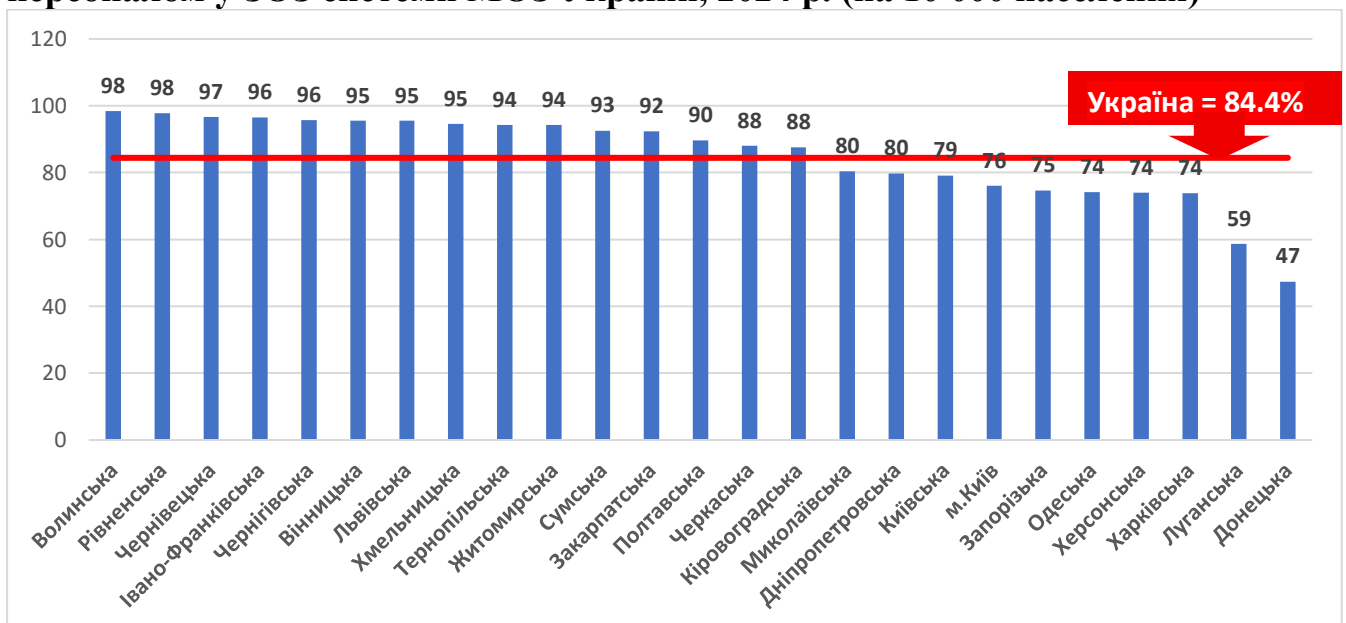
Виявлені тенденції обґрунтовують необхідність впровадження додаткових механізмів соціальної підтримки та професійної мотивації медичних працівників, одним із яких може стати система соціального медичного страхування. Запровадження такого механізму сприятиме підвищенню рівня соціальної захищеності середнього медичного персоналу, забезпеченню додаткових гарантій у разі настання професійних і медико-соціальних ризиків, а також формуванню дієвих стимулів для професійного закріплення працівників у галузі. У поєднанні з удосконаленням системи оплати праці, розвитком можливостей професійного зростання та реалізацією програм кадрової підтримки соціальне медичне страхування може стати важливим інструментом збереження та відновлення кадрового потенціалу середньої медичної ланки в Україні.

Регіональний аналіз виявив суттєві територіальні відмінності у динаміці кадрових ресурсів середнього медичного персоналу та засвідчив посилення просторової нерівномірності їх розподілу.

Найбільш несприятлива кадрова ситуація склалася у прифронтових, деокупованих та частково окупованих регіонах сходу і півдня країни. Саме в цих областях зафіксовано найвищі темпи скорочення чисельності як лікарів, так і середнього медичного персоналу, що призвело до суттєвого зниження рівня забезпеченості населення медичними кадрами. Особливо складною залишається ситуація у Донецькій області, де чисельність середнього медичного персоналу скоротилася з 12 217 осіб у 2020 році до 4 936 осіб у 2024 році. Внаслідок цього забезпеченість населення середнім медичним персоналом знизилася до 26,2 на 10 тис. населення (рис. 3.3.). Водночас рівень укомплектованості штатних посад середнього медичного персоналу фізичними особами зменшився до 47,42%, що свідчить про наявність вакантними більш ніж половини штатних посад (рис. 3.4.).



**Рис. 3.3. Регіональні особливості забезпеченості населення середнім медичним персоналом у ЗОЗ системи МОЗ України, 2024 р. (на 10 000 населення)**



**Рис. 3.4. Регіональні особливості укомплектованості штатних посад середнього медичного персоналу фізичними особами у ЗОЗ системи МОЗ України, 2024 р. (у %)**

Подібні тенденції спостерігалися і в Луганській області, де рівень укомплектованості посад середнього медичного персоналу становив 58,63%. Забезпеченість населення середнім медичним персоналом при цьому становила лише 27,58 на 10 тис. населення. Значних кадрових втрат зазнала також Херсонська область, де чисельність середнього медичного персоналу скоротилася більш ніж удвічі - з 6 627 до 3 023 осіб. У Харківській області, незважаючи на збереження значного кадрового потенціалу, сформувався суттєвий дефіцит кадрів: різниця між

штатною потребою та фактичною чисельністю середнього медичного персоналу у 2024 році становила 4 480,75.

На відміну від східних та південних регіонів, області західної частини України продемонстрували відносно стабільні показники кадрового забезпечення та високий рівень укомплектованості штатних посад. Івано-Франківська, Чернівецька, Тернопільська та Львівська області, а також місто Київ зберегли провідні позиції за показниками кадрової забезпеченості. Так, в Івано-Франківській області забезпеченість населення середнім медичним персоналом становила 74,19 на 10 тис. населення. Рівень укомплектованості штатних посад середнього медичного персоналу фізичними особами досягав 96,49%.

У Чернівецькій області зафіксовано одні з найвищих показників кадрової укомплектованості в державі: 95,24% для лікарів та 96,73% для середнього медичного персоналу. Тернопільська область також характеризувалася високим рівнем забезпеченості середнім медичним персоналом - 74,41 на 10 тис. населення. Водночас місто Київ залишалося найбільшим центром концентрації медичних кадрів країни, де у 2024 році працювали 13 358 лікарів та 15 458 середніх медичних працівників, що відповідало показникам забезпеченості 45,89 та 53,10 на 10 тис. населення відповідно.

Важливу стабілізуючу роль у забезпеченні кадрової стійкості системи охорони здоров'я виконували центральні регіони України, які стали основними територіями інтеграції внутрішньо переміщених медичних працівників. Зокрема, Полтавська область продемонструвала високі показники збереження кадрового потенціалу. У 2024 році забезпеченість населення середнім медичним персоналом становила 70,98 на 10 тис. населення, що було одним із найвищих показників в Україні, а рівень укомплектованості штатних посад досягав 89,62%.

Особливе місце серед центрально-східних регіонів посідала Дніпропетровська область, яка в умовах воєнного стану виконувала функції одного з ключових госпітальних центрів країни. Незважаючи на значне навантаження на систему охорони здоров'я, область зберегла потужний кадровий потенціал, зосереджуючи у 2024 році 17 029 середніх медичних працівників. Водночас

наявність дефіциту кадрів підтверджується значним розривом між штатною потребою та фактичною чисельністю середнього медичного персоналу, який становив 4 310,5.

Додатковий інтерес становить аналіз коефіцієнтів сумісництва як одного з механізмів адаптації системи охорони здоров'я до кадрового дефіциту. У більшості регіонів коефіцієнт сумісництва середнього медичного персоналу коливався в межах від 0,92 до 0,99, а навіть у Донецькій області становив лише 1,01. Це свідчить про обмежені можливості компенсації кадрового дефіциту шляхом внутрішнього сумісництва та додаткового навантаження працівників середньої ланки. Відсутність значних внутрішніх резервів кадрової адаптації у поєднанні з вираженою територіальною нерівномірністю розподілу медичних кадрів формує додаткові ризики для забезпечення доступності медичної допомоги в окремих регіонах країни.

Одержані результати підтверджують необхідність розроблення диференційованих регіональних механізмів кадрової політики, спрямованих на підтримку та залучення медичних працівників до роботи в регіонах із найбільшим кадровим дефіцитом, насамперед у південних та східних областях України. Одним із ключових інструментів реалізації такої політики має стати соціальне медичне страхування медичних працівників, побудоване на принципах диференційованого страхового покриття та адресної підтримки. Запровадження розширених страхових пакетів, додаткових соціальних гарантій і компенсаційних механізмів для медичних працівників, які здійснюють професійну діяльність у територіях із підвищеними кадровими ризиками, сприятиме підвищенню їх соціальної захищеності, професійної мотивації та кадрової стабільності. Це створить передумови для більш збалансованого територіального розподілу кадрових ресурсів, зниження міграційного відтоку медичних працівників та зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану і повоєнного відновлення України.

### **3.2. Медико-соціальна характеристика захворюваності та її професійних чинників ризику серед працівників сфери охорони здоров'я**

Негативні демографічні тенденції в Україні, які зумовлюють розвиток демографічної кризи та створюють ризики для економічного розвитку держави, супроводжуються погіршенням стану здоров'я населення загалом і працівників сфери охорони здоров'я зокрема. Захворювання медичних працівників значною мірою пов'язані з особливостями їхньої професійної діяльності, що спричиняє передчасне фізичне та психоемоційне виснаження.

За оцінками Міжнародної організації праці, професійна діяльність щороку спричиняє більше людських втрат, ніж воєнні конфлікти, що контрастує із суспільним визнанням праці як однієї з базових соціальних цінностей [104].

Високий рівень захворюваності працівників сфери охорони здоров'я обумовлений впливом комплексу несприятливих виробничих чинників фізичної, хімічної та біологічної природи, використанням застарілого обладнання, нефізіологічними умовами праці (сумісництво, нічні та змінні чергування, несприятливий мікроклімат приміщень), а також труднощами дотримання особистої гігієни. Додатковими факторами ризику є значні навантаження під час роботи в мобільних військових шпиталях у період активних бойових дій та проведення реабілітації військовослужбовців.

На тлі високої інтенсивності праці діяльність медичних працівників характеризується значним обсягом документаційної роботи, виконанням рутинних адміністративних завдань, низьким рівнем самозбережувальної поведінки щодо власного здоров'я та формуванням синдрому емоційного вигорання. У сукупності це негативно впливає на якість життя лікарів і середнього медичного персоналу, особливо зі збільшенням професійного стажу, погіршуючи показники соціального й емоційного функціонування та загального стану здоров'я [105, 106, 107, 108? 109].

Тривалий вплив несприятливих виробничих факторів може призводити до розвитку професійних захворювань. Зменшення їх негативного впливу досягається шляхом дотримання вимог особистої гігієни та санітарно-гігієнічного режиму в

зкладах охорони здоров'я. Водночас медичні працівники часто надають допомогу собі самостійно, що знижує достовірність офіційної медичної статистики щодо їхньої захворюваності [110]. У зв'язку з цим важливого значення набувають результати соціологічних досліджень та самооцінка стану здоров'я самими працівниками, які мають достатній рівень професійної компетентності для його об'єктивного оцінювання.

Протягом останніх років в Україні спостерігається зростання захворюваності медичних працівників на гіпертонічну хворобу, стенокардію, інфаркт міокарда, цереброваскулярні захворювання, вегетосудинну дистонію, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, дерматози, психічні та поведінкові розлади, а також збільшення випадків професійного травматизму [111, 112]. Це свідчить про суттєвий вплив професійної діяльності на стан здоров'я працівників сфери охорони здоров'я. Слід зазначити, що в Україні відсутня достовірна статистика професійної захворюваності працівників сфери охорони здоров'я. Це зумовлено низкою причин, серед яких: низький рівень соціального та матеріального забезпечення медичних працівників у разі професійної втрати працездатності; недосконалість механізмів компенсаційних виплат; поширення практики самолікування; неповне відображення випадків захворювань у статистичній звітності; високий рівень формалізації оформлення листків тимчасової непрацездатності; побоювання втрати роботи через виявлення патологій, несумісних із професійною діяльністю; формальний характер щорічних профілактичних медичних оглядів; а також складність доведення професійної етіології окремих захворювань, особливо тих, що пов'язані з тривалим психоемоційним навантаженням і стресом [113].

Результати аналізу захворюваності серед працівників сфери охорони здоров'я різних вікових груп свідчать про домінування серцево-судинних захворювань (64,6%). Значно рідше реєструються хвороби органів дихання (10,5%), неврологічні захворювання (5,5%), патологія опорно-рухового апарату (4,2%), хвороби органів травлення (4,1%), інфекційні захворювання (4%) та інші нозологічні форми (2%) [111].

Упродовж 2019–2023 років в Україні було зареєстровано 3096 випадків професійних захворювань серед працівників сфери охорони здоров'я. Відповідно до показників важкості та напруженості трудового процесу праця медичних працівників належить до категорії професій із високим рівнем шкідливого впливу на організм. Значне інтелектуальне та емоційне навантаження формує постійний стресовий вплив на центральну нервову систему, що знаходить відображення у структурі захворюваності медичних працівників [111, 114].

Емоційні розлади є одним із ключових індикаторів погіршення загального стану здоров'я медичного персоналу. Згідно з міжнародними даними, синдром емоційного виснаження фіксують у 30–40% працівників сфери охорони здоров'я у країнах Південної та Центральної Європи [115]. В Україні вкрай високі показники професійного деструкції спостерігаються серед фахівців ментального здоров'я: прояви вигорання виявлено майже у 80% лікарів-психіатрів, психотерапевтів та психіатрів-наркологів [116–119]. Ця тенденція поширюється й на інші медичні спеціальності: синдром діагностовано у 61,8% лікарів-стоматологів [112], а також у 60,6% середнього та молодшого медичного персоналу онкологічних відділень [120].

У структурі професійної захворюваності медичних працівників провідне місце традиційно посідає туберкульоз (80–100%, у середньому за 15 років – 87,7%). Друге місце належить захворюванням опорно-рухового апарату (1,3–6,7%; у середньому – 3,1%), третє - алергічним захворюванням (1,0–5,1%; у середньому – 2,3%) [114].

Медичні працівники можуть інфікуватися мікобактеріями туберкульозу як у спеціалізованих протитуберкульозних закладах, так і в установах загального профілю, де існує ризик контакту з інфікованими пацієнтами або біологічним матеріалом [121].

У 2019–2023 роках в Україні зареєстровано 2966 випадків професійних захворювань, пов'язаних із туберкульозом, зокрема 958 випадків туберкульозу та 8 випадків пневмоконіозу, асоційованого з туберкульозною інфекцією. Щорічно реєструвалося від 29 до 95 таких випадків. В умовах воєнного стану ризику

інфікування медичних працівників зростають у зв'язку зі збільшенням кількості контактів із хворими в зоні бойових дій.

Найвищий рівень професійної захворюваності на туберкульоз спостерігається серед працівників протитуберкульозних закладів (70–95%). Найчастіше хворіють лікарі-фтизіатри, середній та молодший медичний персонал. Випадки захворювання також реєструються серед допоміжного персоналу та окремих категорій спеціалістів (ендоскопістів, рентгенологів). У закладах загального профілю професійний туберкульоз виявляється значно рідше. Водночас доведення професійного походження захворювання залишається складним через особливості патогенезу та механізмів передачі інфекції [121].

Недостатня увага приділяється ролі біологічних факторів як причин професійної патології. Значна кількість випадків інфікування, пов'язаних із виконанням професійних обов'язків, залишається нерозпізнаною. Особливо це стосується ВІЛ-інфекції, яка тривалий час може перебігати безсимптомно. Складність підтвердження професійного інфікування ВІЛ зумовлює суттєве недооцінювання масштабів проблеми. Відомо, що працівники охорони здоров'я належать до груп підвищеного ризику через можливість виробничих травм та контактів із контамінованою кров'ю. В Україні у 2022 році офіційно зареєстровано 298 929 випадків ВІЛ-інфекції, проте жодного випадку не було офіційно пов'язано з професійною діяльністю. У світі зареєстровано близько 850 випадків професійного інфікування ВІЛ, тоді як в Україні протягом 2019–2023 років офіційно підтверджено лише 13 випадків серед медичних працівників (3,1 на 100 тис. відповідної професійної групи). Водночас систематичний сероепідеміологічний моніторинг ВІЛ серед медичних працівників фактично не здійснюється [122].

Серйозною проблемою залишається професійна захворюваність на вірусні гепатити. До групи ризику належать не лише хірурги, анестезіологи, реаніматологи, операційні та процедурні медичні сестри, а й лікарі терапевтичного профілю, які виконують інвазивні маніпуляції. Потенційно небезпечними є всі біологічні рідини організму, контакт яких із пошкодженою шкірою або слизовими

оболонками може спричинити інфікування. Особливістю вірусних гепатитів В і С є тривалий безсимптомний перебіг, унаслідок чого 40–80% інфікованих осіб можуть не знати про наявність захворювання. Це значно ускладнює встановлення професійного походження інфекції [122].

Для глибшого розуміння структури захворюваності, медичної активності та впливу професійних чинників ризику на медичний персонал, у межах дослідження проведено соціологічне опитування працівників КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4», КНП КОР «Київська обласна дитяча лікарня», Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 2 філії «Центр охорони здоров'я» АТ «Українська залізниця», КНП «Київська обласна клінічна лікарня», КНП «Чернігівська обласна лікарня» та інших закладів. У соціологічному опитуванні взяли участь 550 працівників сфери охорони здоров'я, розподілених за віковими групами: 22–30 років - 205 осіб, 31–40 років - 110 осіб, 41–50 років - 165 осіб, 51 рік і старші - 70 осіб.

Загалом більшість опитаних відзначили задоволеність своєю професійною діяльністю, однак водночас виявлено високий рівень психоемоційного напруження: 72% респондентів оцінили його як високий, 25% - як середній, 10% - як низький, тоді як 5% (переважно особи, залучені до виконання службових обов'язків в умовах бойових дій) - як вкрай високий. Найчастіше психоемоційне навантаження виникає безпосередньо під час виконання медичних маніпуляцій, операцій та процедур (45%), під час комунікації з пацієнтами та їхніми родичами (25%), тоді як 20% респондентів не відзначають значного навантаження, а 10% не змогли чітко визначити його часові прояви.

У структурі поширеності захворювань серед медичних працівників переважають хвороби системи кровообігу (33%), нервової системи (32%), опорно-рухового апарату (13%), органів дихання (12%), інфекційні захворювання (10%), а також патологія шкіри (5%) і шлунково-кишкового тракту (5%). У більшості випадків (76,2%) встановлено хронічний характер захворювань.

Аналіз поширеності хвороб системи кровообігу серед працівників сфери охорони здоров'я засвідчив, що 49% опитаних мають відповідні захворювання.

При цьому 28% респондентів заперечують їх наявність, 20% не відчують клінічних проявів і не зверталися за медичною допомогою, а 3% утрималися від відповіді.

25% респондентів повідомили про наявність відповідної патології опорно-рухової системи. Водночас 58% опитаних, які не мали встановленого діагнозу, відзначають появу больових відчуттів у верхніх і нижніх кінцівках та хребті наприкінці робочого дня, що може свідчити про формування функціональних розладів або початкових стадій патологічних змін. У 8% респондентів больові відчуття відсутні, що опосередковано характеризує відсутність зазначеної патології. Ще 18% не змогли надати однозначної відповіді, 2% утрималися від відповіді.

Серед основних факторів, що негативно впливають на стан здоров'я, респонденти найчастіше відзначали психоемоційне навантаження (53%), фізичні перевантаження (20%) та контакт з інфекційними хворими (27%). Окремо зафіксовано високий рівень професійних страхів щодо інфікування: ВІЛ-інфекцією (41%), гепатитом (25%), туберкульозом (20%), COVID-19 (5%), іншими інфекціями (2%). При цьому 50% опитаних зазначили, що у разі виявлення контагіозного захворювання у пацієнта вони одразу змінюють тактику лікування та посилюють заходи індивідуального захисту.

Дотримання санітарно-епідеміологічних вимог є переважно задовільним: 75% респондентів дотримуються встановлених правил, 25% - частково, 10% - не дотримуються, ще 10% не надали відповіді. При цьому 85% зазначили, що суворо дотримуються протиепідемічних заходів, 10% орієнтуються на практичний досвід, 5% утрималися від відповіді.

Аналіз звернень за медичною допомогою засвідчив низьку медичну активність: лише 11,5% працівників звертаються до лікаря при перших симптомах захворювання; 59,15% - після тривалості хвороби понад три дні; 19,35% взагалі не звертаються, обираючи самолікування або взаємодопомогу (табл. 3.5).

Таблиця 3.5.

**Звернення за кваліфікованою спеціалізованою медичною допомогою**

Звертаються до лікаря за появи симптомів захворювання	Звертаються до лікаря за перших симптомів захворювання	Звертаються до лікаря, якщо захворювання триває понад 3 дні	Узагалі не звертаються до лікаря
% від загальної кількості опитаних медичних працівників сфери охорони здоров'я:	11,5%	59,15%	19,35%
Лікарі	2,1%	15,2%	9,35%
середній медичний персонал	3,5%	17,8%	4,1%
молодший медичний персонал	4,5%	20,4%	6,3%
інші фахівці сфери охорони здоров'я	1,5%	2,75%	5%

Основними причинами несвоєчасного звернення за медичною допомогою були недооцінка серйозності власного захворювання (62,4%), переконання у власній професійній компетентності (21,7%), труднощі доступу до необхідного спеціаліста та незадоволеність ставленням колег. Хронічні захворювання мали 55,3 із 100 працівників, тоді як на диспансерному обліку перебували лише 22,3. Рационального режиму харчування дотримувалися лише 28,2 % опитаних лікарів. Понад половина респондентів працювала більше шести годин без повноцінного відпочинку, а 84,7% регулярно затримувалися на роботі після завершення зміни.

Отримані результати свідчать про високий рівень захворюваності працівників сфери охорони здоров'я, низьку медичну активність і недостатню сформованість здоров'язбережувальної поведінки. Водночас вони вказують на недостатню ефективність профілактичних заходів, що реалізуються у закладах охорони здоров'я.

Наявність комплексу зазначених проблем, з якими стикаються працівники сфери охорони здоров'я під час виконання професійних обов'язків, обумовлює необхідність упровадження системи соціального медичного страхування для цієї

категорії працівників. Такий механізм сприятиме забезпеченню належного рівня соціального захисту медичних працівників, збереженню та відновленню їхньої працездатності, зниженню рівня захворюваності та смертності, а також мінімізації фінансових втрат для них і членів їхніх сімей у разі виникнення захворювання або втрати працездатності.

Важливим етапом обґрунтування необхідності впровадження спеціалізованої системи медичного страхування є поглиблений аналіз об'єктивних параметрів захворюваності кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я. Для оцінки реального тягаря захворюваності та визначення відмінностей між окремими професійними групами було проведено порівняльний аналіз середньої кількості випадків хвороб, тривалості непрацездатності та специфіки використання офіційних листків непрацездатності (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

**Порівняльний аналіз окремих параметрів захворюваності медичних працівників, M(SD).**

Параметри аналізу захворюваності за рік (на 1 особу)	Лікарі	Середній персонал	Молодший персонал	Значення критерію (H)	Рівень значущості (p)
Кількість випадків хвороби за рік	2,4 (1,7)	3,1 (2,0)	3,4 (1,6)	14,82	p < 0,001
Кількість пропущених робочих днів	8,2 (3,9)	14,4 (8,5)	18,6 (10,1)	32,15	p < 0,001
Кількість оформлених лікарняних	0,8 (0,6)	1,8 (0,7)	2,1 (1,3)	48,60	p < 0,001

Примітка. Порівняльна оцінка характеристик за критерієм Краскела-Уолліса (H); M(SD) – середня арифметична та стандартне відхилення.

Аналіз частоти та тривалості захворюваності засвідчив статистично значущі відмінності між професійними групами за всіма досліджуваними параметрами (p<0,001). Встановлено, що молодший медичний персонал характеризується найвищими показниками як частоти захворювань (3,4 випадки на рік), так і тривалості тимчасової непрацездатності (18,6 дня), що підтверджує наявність

кумулятивного ефекту несприятливих умов праці та відносно нижчого рівня соціально-економічного захисту цієї категорії працівників.

Найбільш виражені міжгрупові відмінності виявлено щодо використання листків непрацездатності. Лікарі при середній частоті захворювань 2,4 випадки на рік оформлюють листок непрацездатності лише у 0,8 випадках, що свідчить про виконання професійних обов'язків у стані хвороби або лікування без офіційної реєстрації приблизно у 66% випадків. Натомість молодший медичний персонал при 3,4 випадках захворювання оформлює в середньому 2,1 листка непрацездатності, що відображає іншу модель поведінки у разі погіршення стану здоров'я. Такі відмінності можуть бути зумовлені специфікою професійних функцій: лікарі за умови легкого перебігу захворювання частіше зберігають працездатність у межах консультативної діяльності, тоді як молодший медичний персонал у зв'язку з фізичною складовою роботи, необхідністю безпосереднього контакту з пацієнтами та виконанням маніпуляцій частіше вимушений припиняти трудову діяльність і оформлювати тимчасову непрацездатність.

Аналіз професійних ризиків та залученості до виконання професійних обов'язків під час хвороби засвідчує дві протилежні, але при цьому логічно пов'язані тенденції. З одного боку, спостерігається чіткий тренд до зростання суб'єктивного зв'язку захворювань із професійною діяльністю медичних працівників у діапазоні від (60,9%) для лікарів до (73,4%) для молодшого медичного персоналу (табл. 3.7). Оцінка суттєвості різниці між підгрупами медичних працівників близько до межі статистичної значущості ( $p = 0,069$ ), даний факт відображає реальну ситуацію стосовно впливу чинників ризику: молодший медичний персонал щодня стикається з агресивними дезінфікуючими засобами та важкою фізичною працею (ергономічні ризики), що впливає на їх здоров'я. При цьому, доступ до реабілітації у них найнижчий (усього 2,3%).

Таблиця 3.7

**Оцінка професійних ризиків та залученість до роботи під час хвороби (n, %).**

Параметри оцінювання	Лікарі (n=128)	Середній персонал (n=234)	Молодший персонал (n=128)	Значення критерію $\chi^2$	Рівень значущості (p)
Зв'язок хвороби з професійною діяльністю	60,9%	66,7%	73,4%	5,34	p > 0,05
Доступність реабілітаційної допомоги	8,6%	6,0%	2,3%	4,68	p > 0,05
Працювали повноцінний день хворими	79,7%	71,8%	68,8%	4,91	p > 0,05

Примітка. Порівняльна оцінка характеристик за критерієм Хі-квадрат.

З іншого боку, зафіксовано дуже високі показники презентеїзму в усіх групах (від 68,8% до 79,7%, p > 0,05). Той факт, що майже 80% лікарів свідомо працювали повноцінні робочі дні в стані хвороби, демонструє специфічну деформацію професійної культури. Медики ігнорують власні патологічні стани через страх втрати доходу, високу завантаженість або дефіцит кадрів (немає кому замінити на чергуванні) чи інші чинники. Це посилює вплив екзогенних чинників ризику та створює загрозу не лише для їх життя, а й для безпеки пацієнтів через зростання ризику лікарських помилок або внутрішньолікарняного інфікування при інфекційних захворюваннях.

Дослідження структури та частоти дії виробничих чинників має фундаментальне значення для медико-соціального обґрунтування моделі соціального медичного страхування. Оскільки система СМС медичних працівників повинна виконувати не лише компенсаторну, а й виражену превентивну функцію, детальний аналіз експозиції персоналу до конкретних груп ризиків дозволяє диференціювати обсяги необхідної медико-соціальної допомоги та профілактичних пакетів.

Уся професійна діяльність працівників сфери охорони здоров'я пов'язана з дією комплексу шкідливих і небезпечних чинників, які умовно можна поділити на кілька основних груп [123, 124]:

а) психофізіологічні чинники - психоемоційне напруження, високий рівень відповідальності, вимушене робоче положення, надмірне навантаження на аналізаторні системи, дефіцит часу для прийняття рішень тощо;

б) фізичні чинники - несприятливий мікроклімат робочого середовища, недостатня освітленість робочих місць, підвищені рівні шуму, вібрації, ультразвуку, лазерного та іонізуючого випромінювання;

в) біологічні чинники - патогенні мікроорганізми, віруси, бактерії, грибки, продукти їх життєдіяльності та інші біологічні агенти, з якими медичні працівники контактують у процесі професійної діяльності;

г) хімічні чинники - лікарські засоби, дезінфекційні препарати, анестетики, цитостатики, наркотичні та психотропні речовини, а також інші хімічні сполуки, що використовуються в лікувально-діагностичному процесі.

Для вивчення структури професійних загроз та оцінки статистичної значущості розбіжностей у сприйнятті факторів ризику між різними категоріями медичних працівників було проведено порівняльний аналіз, який виявив статистично значущі розбіжності між групами лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу за більшістю досліджуваних категорій чинників, за винятком біологічних загроз.

Зокрема, під час оцінювання психосоціальних та психоемоційних чинників (синдром емоційного вигорання, хронічний стрес, порушення сну) виявлено суттєві розбіжності між групами ( $p=0,003$ ). Встановлено, що лікарі достовірно частіше піддаються психоемоційному навантаженню (87,5%), ніж середній (75,2%) та молодший медичний персонал (70,3%) (табл. 3.8.). Це вказує на вищий рівень відповідальності та психологічного тиску, пов'язаного безпосередньо з прийняттям клінічних рішень.

Зворотна тенденція спостерігається щодо фізичних та ергономічних факторів (статичне та фізичне навантаження). Зафіксовано статистично значуще зростання

частоти реєстрації цих чинників від вищої медичної ланки до молодшої ( $p=0,029$ ). Найвищий показник суб'єктивного впливу ергономічних ризиків відзначено у групі молодшого персоналу (86,7%), тоді як серед лікарів цей відсоток був найнижчим і становив 73,4%.

Таблиця 3.8.

**Частота дії окремих груп факторів ризику серед медичних працівників (за результатами соціологічного опитування) (%).**

Група факторів Ризику	Лікарі (n=128)	Середній персонал (n=234)	Молодший персонал (n=128)	Статистична значимість (p)
Психосоціальні та психоемоційні	87,5%	75,2%	70,3%	0,003*
Фізичні та ергономічні	73,4%	80,3%	86,7%	0,029*
Біологічні	55,4%	59,9%	49,2%	0,150
Хімічні та токсикологічні	35,2%	51,3%	43,0%	0,011*

Примітка. Порівняльна оцінка характеристик за критерієм Хі-квадрат.

Сприйняття біологічних чинників ризику (контакт із кров'ю, аерозольні інфекції, госпітальні штами) виявилось відносно гомогенним у всіх трьох когортах респондентів. Отримані розбіжності (55,4% у лікарів, 59,9% у середнього та 49,2% у молодшого персоналу) не є статистично значущі ( $p=0,150$ ), що свідчить про усвідомлення епідемічної небезпеки всіма ланками медичних працівників незалежно від посади.

Водночас вплив хімічних та токсикологічних факторів (дезінфектанти, антисептики, гази, цитостатики) продемонстрував статистично достовірну залежність від професійного статусу респондентів ( $p=0,011$ ). Найбільш уразливою групою є середній медичний персонал (51,3%), який безпосередньо здійснює маніпуляції, приготування та застосування дезінфікуючих розчинів і лікарських засобів, що значно перевищує аналогічний показник серед лікарського складу (35,2%).

Особливість праці медиків полягає в тому, що фактори діють одночасно - поєднання фізичного навантаження (вимушена поза), психоемоційного стресу та біологічного ризику. Попри високу частоту виявлення (60-85%) за соціологічними

та клінічними скринінгами, офіційний рівень реєстрації професійних захворювань серед медиків залишається низьким через проблеми латентності та самолікування у медичному середовищі.

Підсумовуючи результати аналізу, слід зазначити, що виявлені особливості захворюваності, структури виробничих ризиків та поведінкових моделей медичних працівників свідчать про наявність системних диспропорцій у стані здоров'я кадрового потенціалу галузі та неоднорідність умов його формування залежно від професійної групи. Поєднання підвищеного професійного навантаження, різної інтенсивності впливу шкідливих чинників та поширеності практик роботи у стані хвороби формує стійкі передумови для зниження ефективності функціонування медичних колективів і поглиблює внутрішньогалузеву соціально-організаційну нерівність. Отримані результати підкреслюють необхідність переходу від фрагментарних управлінських рішень до системного підходу, спрямованого на комплексний соціально-страховий захист медичних працівників, що є ключовим обґрунтуванням доцільності впровадження моделі соціального медичного страхування як інструменту збереження та відтворення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

### **Висновки до розділу 3**

1. Обґрунтовано гостру кадрову кризу в системі охорони здоров'я України, яка сформувалася впродовж 2020-2024 років під впливом пандемії та повномасштабного воєнного стану. Установлено стійкі деструктивні тенденції: скорочення чисельності лікарів на 13,36% (на 19 686 осіб), а середнього медичного персоналу - на 21,23% (на 58 056 осіб). Доведено, що традиційні адміністративно-фінансові важелі та внутрішнє сумісництво повністю вичерпали свій ліміт для компенсації кадрового дефіциту, високого рівня вакантності посад і глибоких територіально-структурних диспропорцій.

2. Доведено, що професійна діяльність медичних працівників супроводжується екстремальним рівнем професійного ризику через комплексний і синергетичний вплив шкідливих виробничих чинників (фізичних, хімічних, біологічних та психофізіологічних). Провідною детермінантою погіршення стану

здоров'я персоналу визначено надвисоке психоемоційне навантаження та напруженість праці. Емпірично (за результатами анкетування) підтверджено, що 97% респондентів потерпають від надмірного психоемоційного тиску (72% - високий рівень, 25% - вкрай високий), який найгостріше проявляється під час виконання безпосередніх медичних маніпуляцій (45%) та комунікації з пацієнтами чи їхнім оточенням (25%). Доведено також статистично значущу диференціацію структури виробничих чинників ризику: психоемоційні навантаження переважають у лікарів (87,5%;  $p=0,003$ ), тоді як фізико-ергономічні та хімічні фактори є більш вираженими у середнього та молодшого медичного персоналу (до 86,7% та 51,3% відповідно;  $p=0,029$  та  $p=0,011$ ).

3. У структурі поширеності захворювань серед медичних працівників домінують хронічні захворювання, серед яких першість утримують хвороби системи кровообігу (33%), нервової системи (32%), опорно-рухового апарату (13%). Динаміка реєстрації випадків професійних захворювань демонструє катастрофічне зростання у 2,8 раза (із 1092 випадків у період 2001–2015 рр. до 3096 випадків у 2019–2023 рр.), що є наслідком як фактичного погіршення умов праці, так і покращення систем моніторингу й обліку ризиків.

4. Виявлено деструктивну поведінкову модель медичного персоналу щодо збереження власного здоров'я, яка критично нівелює ефективність існуючої системи профілактики. Лише мінімальна частка працівників (11,5%) звертається за кваліфікованою допомогою при перших проявах хвороб, тоді як більшість (59,15%) ігнорує симптоми до моменту розвитку тривалого перебігу, а 19,35% вдається до неконтрольованого самолікування.

5. На основі комплексного аналізу захворюваності виявлено виражений соціо професійний градієнт та системний феномен презентеїзму серед працівників закладів охорони здоров'я. Встановлено статистично значущу динаміку зростання частоти захворюваності від лікарів до молодшого медичного персоналу (2,4–3,4 випадки на рік;  $p<0,001$ ) та доведено, що лікарі у 66,7% випадків не оформлюють тимчасову непрацездатність, продовжуючи виконання професійних обов'язків у стані хвороби.

6. Концептуально доведено неспроможність чинних адміністративно-медичних механізмів захисту адекватно відповідати на виклики сьогодення, що обґрунтовує об'єктивну потребу кардинальної зміни парадигми - переходу від пасивної компенсації наслідків до проактивного соціально-економічного захисту. Синтез даних про кадрове виснаження галузі та критичний стан здоров'я персоналу став науковим підґрунтям для розробки диференційованої організаційної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

7. Визначено, що перспективна модель соціального медичного страхування медиків має базуватися на принципах превентивності, обов'язковості, фінансової доступності та адресності. Її фундаментальною відмінністю має бути повна інтеграція страхових механізмів (розширене страхове покриття, адресні соціальні гарантії, регіональні стимули для зон підвищеного ризику) із системою поглибленого аудиту професійних ризиків. Такий підхід дозволить не лише забезпечити фінансовий захист медиків у разі хвороби, а й сформувані дієві інструменти їхньої профілактики, ранньої діагностики, підвищення мотивації та кадрового збереження галузі в період воєнного стану та майбутнього повоєнного відновлення України.

*Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора: [162, 171]*

## РОЗДІЛ 4.

# СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 4.1. Соціально-економічні передумови функціонування медичної галузі та обґрунтування фінансових спроможностей впровадження СМС

Обґрунтування та розроблення прогностично ефективної моделі соціального медичного страхування (СМС) для працівників охорони здоров'я потребують всебічного аналізу соціально-економічних передумов функціонування галузі, одним із ключових елементів яких є система формування та розподілу фінансових ресурсів на оплату праці. Дослідження реального стану, динаміки та структурно-регіональних особливостей фінансування кадрового потенціалу дає змогу не лише ідентифікувати системні диспропорції чинної моделі фінансування в межах Програми медичних гарантій (ПМГ), а й визначити фінансові можливості закладів охорони здоров'я щодо забезпечення належного рівня соціального захисту працівників. У цьому контексті аналіз витрат на оплату праці виступає важливим емпіричним підґрунтям для визначення фінансової місткості, джерел формування ресурсів, оптимальних параметрів страхових внесків та організаційно-економічного механізму функціонування системи СМС як інструменту зміцнення кадрової безпеки галузі.

Проведений аналіз динаміки та регіональної структури середніх витрат на оплату праці працівників закладів охорони здоров'я України за період 2022–2025 рр., здійснений на основі звітних даних НСЗУ за Програмою медичних гарантій (ПМГ) [125], дозволив виявити низку стійких тенденцій та структурних диспропорцій, що безпосередньо впливають на процеси відтворення та збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Упродовж досліджуваного періоду спостерігалось послідовне зростання номінальних показників оплати праці в усіх професійних групах персоналу.

Середній загальногалузевий показник витрат на оплату праці зріс із 16 158,1 грн у грудні 2022 р. до 19 614,1 грн у грудні 2025 р., що відповідає приросту на 21,4 % або 3 456,0 грн у абсолютному вимірі (Табл. 4.1.). Зазначена тенденція відображає адаптацію механізмів фінансування ПМГ до інфляційних процесів воєнного періоду та спрямована на підтримання базових державних гарантій оплати праці медичних працівників.

*Таблиця 4.1.*

**Динаміка середньомісячних витрат на оплату праці в охороні здоров'я України за категоріями персоналу у 2022- 2025 р. (за даними звітів ПМГ)**

Категорія персоналу	12.2022	12.2023	12.2024	12.2025	Абсолютний приріст	Темп приросту (у%)
<b>Загалом</b>	<b>16158.1</b>	<b>16623.7</b>	<b>18242.0</b>	<b>19614.1</b>	<b>3456.0</b>	<b>21.4</b>
Керівники ЗОЗ	48388.1	47600.1	53670.6	55768.0	7379.9	15.3
Керівники підрозділів	28313.2	28906.5	31708.5	34095.1	5781.8	20.4
Лікарі	22482.7	23249.9	24437.1	26952.6	4469.8	19.9
Середній медичний персонал	16307.6	16542.8	17675.5	18740.2	2432.6	14.9
Молодший медичний персонал	9341.7	9607.6	11156.4	11894.3	2552.5	27.3
Інший персонал	12582.7	13187.3	15412.6	16593.1	4010.4	31.9

Водночас аналіз окремих професійних категорій свідчить про суттєву нерівномірність темпів зростання оплати праці, що формує додаткові ризики поглиблення внутрішньогалузевих диспропорцій. Найвищий рівень фінансового забезпечення традиційно характерний для керівного складу закладів охорони здоров'я, середні витрати на оплату праці якого у 2025 році досягли 55 768,0 грн.

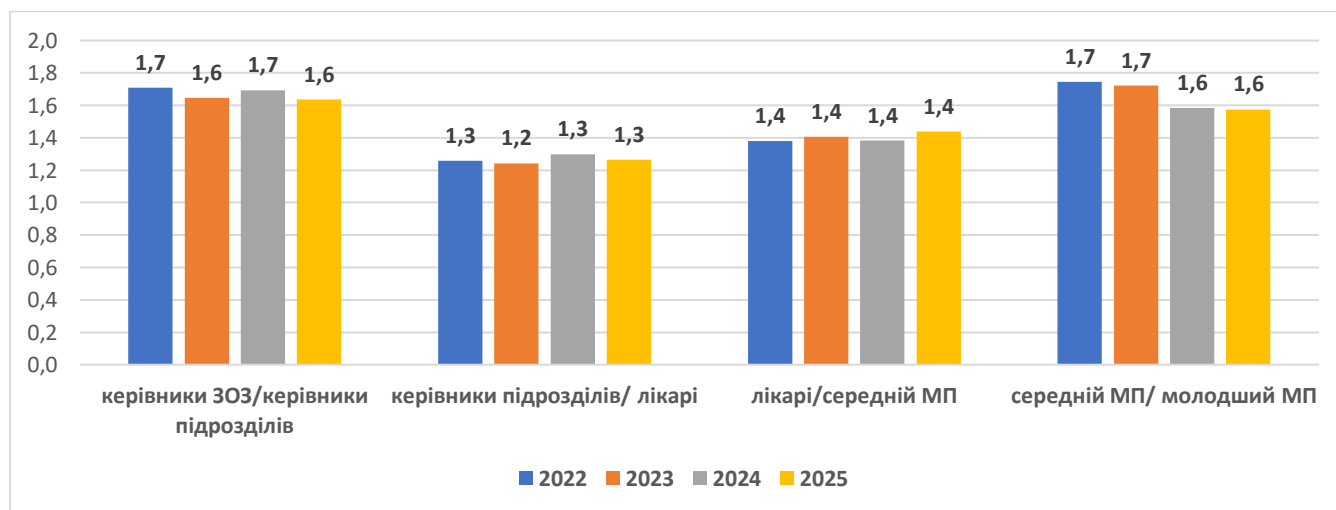
Для лікарського персоналу характерною є відносно стабільна позитивна динаміка. Середні витрати на оплату праці лікарів збільшилися з 22 482,7 грн у 2022 році до 26 952,6 грн у 2025 році, або на 19,9 %. Вказана тенденція значною мірою пов'язана з реалізацією державної політики щодо забезпечення мінімальних гарантованих рівнів оплати праці лікарів.

Найбільш уразливою з соціально-економічної точки зору залишається категорія середнього медичного персоналу. Незважаючи на зростання середніх витрат на оплату праці до 18 740,2 грн у 2025 році, темп приросту за досліджуваний

період становив лише 14,9 %, що є найнижчим показником серед основних категорій медичних працівників. Таке відставання від середньогалузевих темпів зростання створює передумови для подальшого поглиблення кадрового дефіциту, посилення трудової міграції та зниження привабливості професій середньої медичної ланки.

Позитивною тенденцією можна вважати випереджальне зростання витрат на оплату праці молодшого медичного персоналу, які збільшилися на 27,3 % - з 9 341,7 грн до 11 894,3 грн. Таке зростання значною мірою обумовлене необхідністю приведення заробітної плати до рівня законодавчо встановлених соціальних стандартів.

Аналіз міжпосадових коефіцієнтів оплати праці виявив різноспрямовані тенденції внутрішньогалузевої диференціації. У вертикалі управління спостерігалось поступове зближення рівнів оплати праці: співвідношення між керівниками закладів та керівниками підрозділів зменшилося з 1,71 у 2022 р. до 1,64 у 2025 р. (Рис. 4.1.)



**Рис. 4.1. Динаміка коефіцієнтів міжпосадової диференціації витрат на оплату праці в охороні здоров'я України (2022–2025 рр.)** (за даними звітів ПМГ)

Водночас розрив між керівниками підрозділів і лікарями залишався відносно стабільним (1,26–1,29), що свідчить про сталість механізмів розподілу фінансових ресурсів у межах лікарського персоналу. Натомість серед безпосередніх надавачів медичної допомоги зафіксовано поглиблення диференціації доходів.

Співвідношення оплати праці лікарів і середнього медичного персоналу зросло з 1,38 до 1,44, що свідчить про посилення розриву між цими професійними групами. Одночасно коефіцієнт «середній медичний персонал / молодший медичний персонал» зменшився з 1,75 до 1,58, вказуючи на зближення рівнів їхньої оплати праці. Така тенденція значною мірою пов'язана з випереджальним зростанням мінімальної заробітної плати та зниженням стимулюючої ролі оплати праці для середнього медичного персоналу.

Виявлене поглиблення диференціації між оплатою праці лікарів і середнього медичного персоналу та одночасне зближення рівнів оплати праці середнього і молодшого медичного персоналу свідчать про посилення соціально-економічної вразливості найбільш чисельної категорії працівників галузі - середнього медичного персоналу. Отримані результати підтверджують необхідність упровадження галузевої системи соціального медичного страхування, яка забезпечуватиме рівний доступ до медико-соціального захисту незалежно від посади, рівня доходу та місця роботи медичного працівника, а також сприятиме підвищенню кадрової стійкості системи охорони здоров'я в умовах зростання внутрішньогалузевих соціально-економічних диспропорцій.

Регіональний аналіз середніх витрат на оплату праці в охороні здоров'я України станом на грудень 2025 року засвідчив наявність значної територіальної нерівномірності у фінансуванні трудових ресурсів охорони здоров'я. Сформувався своєрідний «воєнно-компенсаційний» кластер регіонів, для яких характерні підвищені витрати на оплату праці внаслідок кадрового дефіциту та необхідності компенсації професійних ризиків (Табл. 4.2.).

Найвищі показники зафіксовано у Луганській області, де середній рівень витрат на оплату праці становив 32 236,76 грн, у тому числі для середнього медичного персоналу - 26 703,01 грн, а для молодшого - 20 115,42 грн. Високі показники також спостерігалися у Херсонській (26 300,73 грн) та Донецькій (22 155,44 грн) областях.

Таблиця 4.2.

**Середньомісячні витрати на оплату праці медичних працівників за категоріями та регіонами України станом на грудень 2025 року (за даними звіту ПМГ)**

Територія	Загалом	Керівники закладів	Керівники структурних підрозділів	Лікарі	Середній медперсонал	Молодший медперсонал
Україна	19614.1	55768.0	34095.1	26952.56	18740.2	11894.3
Вінницька	18593.4	56042.9	31696.8	25362.12	17444.9	11349.9
Волинська	19941.7	62453.8	34510.7	27064.64	18873.3	12081.0
Дніпропетровська	20226.0	55546.1	39950.9	28398.15	19629.4	12120.1
Донецька	22155.4	51058.3	39364.1	30445.43	21682.8	13706.6
Житомирська	18516.7	50754.2	32571.4	26508.96	17664.6	11186.7
Закарпатська	20173.3	52554.5	33700.4	25993.64	19377.4	12036.7
Запорізька	20898.8	53949.5	36259.5	29286.7	20492.8	11931.7
Ів.-Франківська	18136.9	45335.3	27890.1	24375.91	17056.6	11146.1
Київська	17527.3	52791.3	28667.2	24398.78	16642.6	10771.1
Кіровоградська	17978.6	47255.3	32328.3	24871.98	17847.9	10685.1
Луганська	32236.8	59873.5	54513.3	33335.28	26703.0	20115.4
Львівська	20255.0	60329.9	33434.3	26554	18635.7	13141.8
м. Київ	24557.6	70380.6	44425.7	31350.32	23313.6	14098.9
Миколаївська	18541.6	60415.1	33134.6	26952.31	18253.7	11559.1
Одеська	20669.0	61727.2	38127.8	29243.18	19972.0	12617.4
Полтавська	18150.7	52782.4	28694.6	24485.49	17341.7	11514.4
Рівненська	17883.5	55853.1	34231.7	24895.57	16556.1	10861.3
Сумська	20033.5	64651.8	35815.7	29124.23	19199.9	12263.4
Тернопільська	16662.6	47030.6	28966.7	23397.34	15689.5	9649.9
Харківська	19350.5	52355.4	32650.4	27490.25	19280.5	10385.3
Херсонська	26300.7	80926.9	47358.6	35828.88	28410.0	18343.7
Хмельницька	19460.1	51190.3	30600.1	26799.19	18400.9	11786.5
Черкаська	18750.2	54684.3	30854.5	26177.73	18300.0	12435.5
Чернівецька	18809.8	60304.7	32307.9	24231.4	17356.3	10511.5
Чернігівська	17575.2	43112.5	29836.5	25213.5	17698.1	11490.7

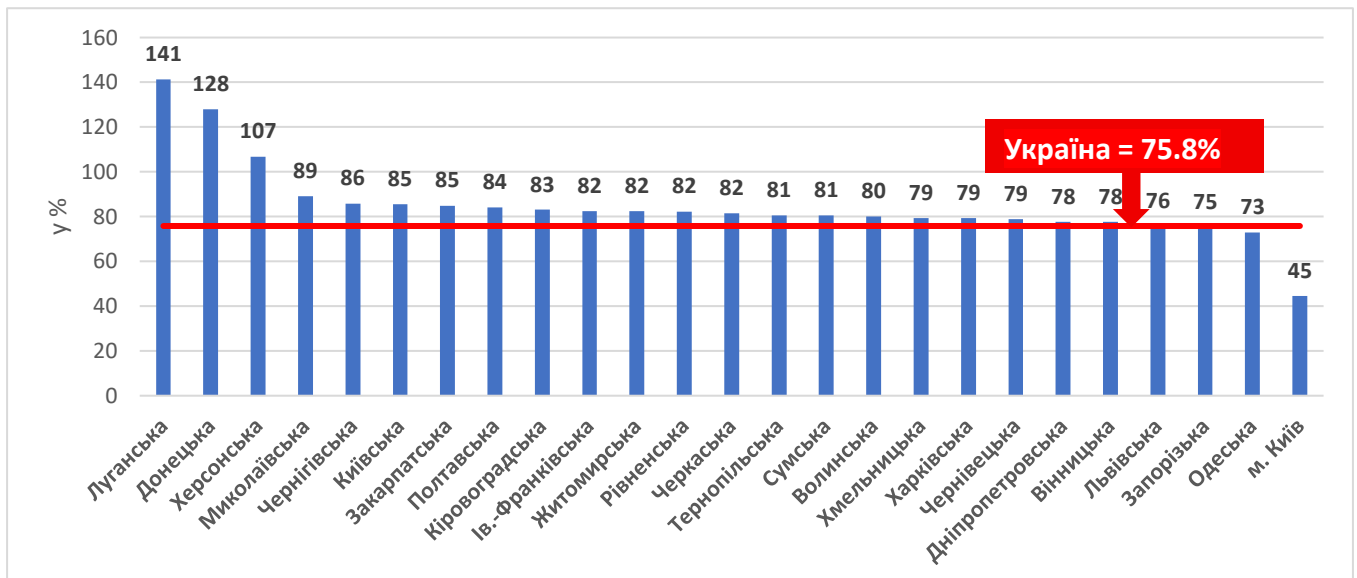
Особливе місце займає м. Київ, де середній показник витрат на оплату праці становив 24 557,62 грн. При цьому саме столиця характеризується найвищими показниками оплати праці керівного складу (70 380,63 грн) та одним із найбільших рівнів внутрішньої диференціації доходів. Така ситуація пояснюється концентрацією високоспеціалізованих закладів та значними обсягами фінансування високотехнологічних пакетів медичних послуг.

На протилежному полюсі перебуває група регіонів із відносно низькими показниками фінансування кадрових ресурсів. Найнижчі значення зафіксовано у Тернопільській області, де середні витрати на оплату праці становили 16 662,57 грн,

зокрема для середнього медичного персоналу - 15 689,51 грн, а для молодшого - 9 649,94 грн. До регіонів із низьким рівнем фінансового забезпечення також належать Київська (17 527,34 грн) та Чернігівська (17 575,22 грн) області, які мають потенційні ризики щодо забезпечення конкурентоспроможності оплати праці медичних працівників.

Особливе значення для обґрунтування доцільності впровадження соціального медичного страхування має аналіз частки витрат на оплату праці у структурі фінансування закладів охорони здоров'я за договорами з НСЗУ. У 2025 році середнє значення цього показника в Україні становило 75,81 %, що свідчить про надзвичайно високий рівень залежності діяльності більшості закладів від витрат на персонал. Фактично понад три чверті фінансових ресурсів ПМГ спрямовуються на формування фонду оплати праці та сплату пов'язаних із ним обов'язкових платежів.

В Україні спостерігається глибока та специфічна диференціація за даним показником, зумовлена геополітичними та фінансовими факторами (рис. 4.2.). Регіональний розподіл чітко ділиться на три кластери: прифронтові/деокуповані зони (де фінансування критично зміщене в бік зарплат і надбавок), столиця (де кошти активно йдуть на розвиток інфраструктури), та умовно тиллові області (із відносно рівномірним розподілом на рівні 77-85%). Зокрема, у Луганській області частка витрат на оплату праці становила 141,26 % від обсягу фінансування за ПМГ, у Донецькій - 128,01 %, у Херсонській - 106,77 %. Це означає, що забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в цих регіонах можливе лише за рахунок додаткових бюджетних трансфертів та цільової державної підтримки. Водночас у Миколаївській (89,13 %), Чернігівській (85,77 %) та Київській (85,43 %) областях на закупівлю лікарських засобів, медичних виробів, оновлення матеріально-технічної бази та розвиток інфраструктури залишається мінімальний обсяг фінансових ресурсів.



**Рис. 4.2. Регіональна диференціація частки витрат на оплату праці у загальній сумі надходжень за договорами ПМГ у 2025 році (%) (за даними звіту ПМГ)**

У м. Києві, де частка витрат на оплату праці становить 44,56 % загального обсягу фінансування за ПМГ, така ситуація зумовлена не нижчим рівнем оплати праці, а значно вищою фінансовою спроможністю закладів охорони здоров'я столиці, які отримують суттєві надходження за високоспеціалізованими та капіталомісткими пакетами медичних послуг.

Отримані результати свідчать, що чинна модель фінансування охорони здоров'я орієнтована переважно на забезпечення поточного функціонування кадрового потенціалу та не створює достатніх економічних передумов для формування дієвих механізмів додаткового соціального захисту медичних працівників. Висока частка витрат на оплату праці у структурі фінансування закладів охорони здоров'я, виражена міжрегіональна асиметрія доходів та найнижчі темпи зростання оплати праці середнього медичного персоналу формують системні ризики для кадрової стійкості галузі.

За таких умов запровадження галузевої моделі соціального медичного страхування набуває не лише соціального, а й макроекономічного значення. Формування СМС на засадах багатоканального фінансування із залученням державних, муніципальних, роботодавчих та інших позабюджетних джерел

дозволить забезпечити додатковий рівень медичного, реабілітаційного та соціального захисту працівників охорони здоров'я незалежно від фінансового стану конкретного закладу чи регіону його розташування. У перспективі це сприятиме підвищенню привабливості медичних професій, зниженню кадрових втрат, зміцненню трудового потенціалу галузі та формуванню більш стійкої системи кадрового забезпечення охорони здоров'я України.

#### **4.2. Аналіз фінансово-страхового статусу медичного персоналу та оцінка інституційної готовності керівників закладів охорони здоров'я за результатами соціологічних опитувань**

Важливою передумовою розробки науково обґрунтованої моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я є вивчення їхнього фактичного страхового досвіду, рівня фінансової захищеності та ставлення до можливих механізмів страхового забезпечення. Ефективність майбутньої системи значною мірою залежить від готовності медичних працівників до участі в страхових програмах, рівня їхньої довіри до існуючих механізмів соціального захисту та очікувань щодо напрямів подальшого реформування.

З метою оцінки зазначених аспектів проведено соціологічне опитування медичних працівників закладів охорони здоров'я, у якому взяли участь лікарі, середній та молодший медичний персонал. Для оцінки достовірності відмінностей між групами використовували критерій  $\chi^2$  Пірсона.

Результати дослідження засвідчили, що переважна більшість медичних працівників ототожнюють чинні державні гарантії у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення зі страховим захистом. Про наявність «державного страхування» повідомили 97,7% лікарів, 83,8% представників середнього медичного персоналу та 90,6% молодшого медичного персоналу, при цьому статистично значущих відмінностей між професійними групами не встановлено ( $p > 0,05$ ) (табл.4.3).

**Порівняльний аналіз поточного страхового досвіду серед медичних працівників закладів охорони здоров'я**

Варіант страхування (на випадок хвороби)	Лікарі (n=128)	Середній персонал (n=234)	Молодший персонал (n=128)	Рівень значущості (p)
Державне страхування	74,9% (96)	83,8% (196)	90,6% (116)	p > 0,05
Застраховані медичним закладом	6,3% (8)	5,1% (12)	3,1% (4)	p > 0,05
Застраховані особисто (добровільно)	18,8% (24)	11,1% (26)	6,3% (8)	<b>p &lt; 0,01</b>

Примітка. Порівняльна оцінка характеристик за критерієм Хі-квадрат.

Водночас отримані результати слід інтерпретувати з урахуванням того, що в Україні відсутня система загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Тому зазначені показники, ймовірно, відображають сприйняття респондентами державного фінансування медичної допомоги в межах Програми медичних гарантій, а також інших соціальних гарантій, передбачених законодавством, як форми страхового захисту. Така ситуація свідчить про недостатню диференціацію медичними працівниками понять державного медичного забезпечення та медичного страхування, а також підтверджує потребу у формуванні чітких організаційно-правових засад системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

На відміну від декларованого державного страхового захисту, реальне охоплення медичних працівників програмами корпоративного та добровільного медичного страхування залишається низьким. Зокрема, застрахованими за рахунок закладу охорони здоров'я виявилися лише 6,3% лікарів, 5,1% представників середнього медичного персоналу та 3,1% молодшого медичного персоналу. Відсутність статистично значущих відмінностей між професійними групами (p>0,05) свідчить про загалом обмежене поширення корпоративних страхових програм незалежно від категорії працівників. Отримані результати можуть

вказувати на недостатній розвиток механізмів корпоративного медичного страхування в закладах охорони здоров'я, а також на відсутність системного підходу до використання страхових інструментів як складової соціального захисту персоналу та кадрової політики медичних установ.

Більш суттєві відмінності між професійними групами встановлено щодо добровільного (індивідуального) медичного страхування ( $p < 0,01$ ). Частка лікарів, які самостійно придбали страхові поліси, становила 18,8%, що перевищувало відповідні показники середнього медичного персоналу (11,1%) та молодшого медичного персоналу (6,3%). Виявлені розбіжності можуть бути зумовлені як вищим рівнем матеріального забезпечення лікарів, так і більшою доступністю для них пільгових страхових програм, що частково може бути пов'язано зі співпрацею окремих категорій лікарів зі страховими компаніями. Водночас навіть серед лікарів рівень охоплення добровільним медичним страхуванням не досягає п'ятої частини опитаних, що свідчить про недостатнє використання цього механізму захисту здоров'я.

Аналіз практичного досвіду фінансування лікування засвідчив, що незалежно від професійної належності більшість медичних працівників у разі захворювання змушені використовувати механізми співоплати медичних послуг та лікарських засобів (табл. 4.4).

Частка таких осіб коливалася від 53,1% до 64,1%, при цьому статистично значущих відмінностей між професійними групами не виявлено ( $p > 0,05$ ). Майже половина опитаних зазначила, що обсяг їхніх особистих витрат на лікування перевищував обсяги фінансування, отриманого за рахунок бюджетних або страхових механізмів, що свідчить про суттєве фінансове навантаження на медичних працівників та обмеженість існуючих механізмів їх соціально-страхового захисту.

Статистично значущі відмінності встановлено лише за показником, коли частка особистих витрат на лікування була меншою за обсяг страхового або відшкодування ( $p < 0,01$ ).

**Характеристика фінансування лікування на основі власного досвіду  
отримання медичної допомоги**

Характеристика фінансування лікування	Лікарі (n=128)	Середній персонал (n=234)	Молодший персонал (n=128)	Значення критерію $\chi^2$	Рівень значущості (p)
Мали досвід співоплати лікування	64,1%	59,0%	53,1%	3,45	p > 0,05
Отримували 100% відшкодування	10,9%	13,7%	17,2%	2,51	p > 0,05
Співоплата перевищувала видатки бюджету	42,2%	47,9%	45,3%	1,02	p > 0,05
Співоплата була меншою за страхові видатки	12,5%	5,1%	3,1%	9,84	<b>p &lt; 0,01</b>

Примітка. Порівняльна оцінка характеристик за критерієм Хі-квадрат.

Така ситуація частіше спостерігалася серед лікарів (12,5%) порівняно із середнім (5,1%) та молодшим медичним персоналом (3,1%). Виявлені відмінності можуть бути пов'язані з вищим рівнем медичної обізнаності лікарів щодо існуючих механізмів компенсації витрат на лікування, кращою поінформованістю про можливості отримання відповідних виплат, а також більшою доступністю для них додаткових програм добровільного медичного страхування. Натомість середній та молодший медичний персонал зазнають більшого фінансового навантаження, що є особливо відчутним з огляду на нижчий рівень їх матеріального забезпечення.

Аналіз фінансової спроможності респондентів показав високий рівень суб'єктивної фінансової незахищеності в усіх професійних групах. Про неспроможність самостійно забезпечити витрати на якісне лікування повідомили 82,8% лікарів, тоді як серед молодшого медичного персоналу цей показник досягав 97,7% (p<0,001) (табл. 4.5). Таким чином, переважна більшість медичних працівників не має достатніх фінансових ресурсів для покриття потенційних витрат, пов'язаних із захворюванням або погіршенням стану здоров'я.

**Оцінка фінансової спроможності та ставлення до реформи медичного страхування, (%)**

Оціночні показники та преференції (%)	Лікарі (n=128)	Середній персонал (n=234)	Молодший персонал (n=128)	Рівень значущості (p)
Не мають змоги оплачувати лікування самостійно	82,8%	94,0%	97,7%	p < 0,001
Підтримують обов'язкове медичне страхування	89,1%	93,2%	95,3%	p > 0,05
Прихильність до моделі страхування				
Державна (бюджетна)	28,1%	35,9%	45,3%	p<0,001
Корпоративна (за рахунок ЗОЗ)	57,8%	56,4%	51,6%	
Добровільна (особиста)	14,1%	7,7%	3,1%	

Примітка. Порівняльна оцінка характеристик за критерієм Хі-квадрат.

Високий рівень фінансової вразливості обумовлює значну підтримку ідеї запровадження соціального медичного страхування. Частка респондентів, які підтримують впровадження обов'язкових страхових програм для працівників сфери охорони здоров'я, коливається від 89,1% до 95,3%, причому статистично значущих відмінностей між професійними групами не встановлено (p>0,05). Це свідчить про наявність суспільного запиту на створення дієвих механізмів страхового захисту медичних працівників незалежно від їх професійного статусу.

Разом із тим бачення організаційних засад майбутньої страхової системи суттєво відрізняється між окремими групами респондентів (p<0,001). Лікарі та середній медичний персонал переважно підтримують корпоративні моделі страхування, вбачаючи у роботодавцеві основного суб'єкта фінансового забезпечення страхових програм. Частка прихильників такого підходу перевищує 56%. Натомість серед молодшого медичного персоналу переважають очікування

щодо державного фінансування страхового захисту: 45,3% опитаних віддають перевагу бюджетним механізмам забезпечення соціального медичного страхування. Водночас добровільну участь у фінансуванні страхових програм підтримують лише 3,1% представників цієї категорії працівників, що свідчить про обмежені фінансові можливості даної групи.

Таким чином, результати соціологічного дослідження засвідчили наявність високого рівня фінансової та соціальної вразливості медичних працівників, обмежене охоплення існуючими страховими програмами та значний рівень особистих витрат на лікування. Водночас виявлено високу підтримку запровадження соціального медичного страхування серед усіх професійних груп. Отримані результати підтверджують необхідність формування спеціалізованої системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, яка враховуватиме відмінності у фінансових можливостях, професійних ризиках та страхових потребах різних категорій медичного персоналу.

Важливим етапом соціально-економічного та організаційного обґрунтування запропонованої моделі є оцінка потенціалу закладів охорони здоров'я як базової ланки впровадження СМС медичних працівників. З цією метою проведено експертне опитування 103 керівників ЗОЗ (директорів, їх заступників, керівників структурних підрозділів), у межах якого визначено вагову структуру ключових чинників, що впливають на можливості впровадження та функціонування системи СМС (рис. 4.3).

За результатами аналізу встановлено, що провідним чинником є фінансове забезпечення (30%), що відображає критичну залежність реалізації страхової моделі від наявності стабільних і диверсифікованих джерел фінансування. Отримані дані свідчать про необхідність формування стійких фінансових механізмів, здатних забезпечити страхове покриття медичних працівників без додаткового навантаження на операційні бюджети ЗОЗ.

Рівнозначну значущість експерти надали інституційній спроможності закладів (20%) та взаємодії зі страховими організаціями (20%). Це вказує на потребу організаційного зміцнення управлінських структур ЗОЗ та розвитку

механізмів партнерства з страховим сектором, що розглядається як важливий інструмент інтеграції корпоративного страхування у систему СМС.



**Рис. 4.4. Можливості закладів охорони здоров'я щодо впровадження та функціонування системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я (за результатами експертного опитування 103 керівників ЗОЗ)**

Кадрове забезпечення та інформаційна підтримка оцінені на рівні по 15% кожна. Такий розподіл свідчить про сприйняття кадрового чинника не як обмеження, а як ресурсу адаптації до нових умов функціонування, тоді як інформаційна складова визначає потребу у розвитку цифрової інфраструктури та системної комунікаційної підтримки впровадження страхових механізмів.

Узагальнення отриманих результатів дозволяє констатувати, що ефективність впровадження СМС визначається збалансованою взаємодією фінансових (50%) та організаційно-інституційних чинників (50%), що включають інституційну спроможність, кадрові ресурси, інформаційну готовність та рівень взаємодії зі страховими структурами. Отримані дані слугують емпіричним підґрунтям для формування структурно-функціональної моделі СМС медичних працівників, представленої у наступному розділі дослідження.

### **4.3. Гарантії забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я: організаційно-правовий аспект**

Відповідно до Конституції України життя і здоров'я людини визнаються найвищою соціальною цінністю [64]. Разом із тим забезпечення якісної медичної допомоги, особливо при складних захворюваннях, потребує значних фінансових ресурсів. У зв'язку з цим медичне страхування, зокрема страхування працівників сфери охорони здоров'я, виступає важливим механізмом реалізації конституційного права на охорону здоров'я та належний рівень медичного забезпечення [126].

Для дослідження гарантій забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я доцільно розглянути зміст понять «гарантія», «гарантії прав людини» та «соціальні гарантії». Термін «гарантія» походить від французького «garantie» і трактується як забезпечення, записка або умова, що гарантує реалізацію певного права чи досягнення визначеного результату [127, с. 180]. У правовій площині гарантія розглядається як механізм забезпечення виконання зобов'язань та захисту прав учасників правовідносин [64, 128, 129].

Враховуючи відсутність єдиного підходу до визначення зазначеного поняття, гарантію доцільно розглядати як механізм забезпечення виконання зобов'язань щодо реалізації певного права або законного інтересу.

Особливе значення мають гарантії прав людини, які закріплені Конституцією України та деталізовані в галузевому законодавстві, зокрема у Законах України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [129], «Про страхування» [40], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [130], «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» [45] та інших нормативно-правових актах.

Гарантії забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я є похідними від загальних гарантій права людини на охорону здоров'я. У науковій літературі поняття «гарантії прав людини» трактується як сукупність засобів, умов і механізмів, що забезпечують реальне здійснення,

охорону та захист прав і свобод особи. Зокрема, вони визначаються як способи та засоби реалізації прав і свобод людини [131 , с. 191], політичні, економічні, соціальні та юридичні інструменти забезпечення суб'єктивних прав [ 132, с. 15], сукупність умов і засобів створення реальних можливостей для реалізації прав [133 , с. 83], а також система механізмів, що гарантують ефективне здійснення, охорону і захист прав та свобод громадян [134 , с. 145].

Узагальнення наведених наукових підходів свідчить, що гарантії прав людини здебільшого розглядаються як сукупність політичних, економічних, соціальних, юридичних та інших засобів забезпечення реалізації суб'єктивних прав. У контексті цього дослідження особливого значення набувають гарантії, спрямовані на забезпечення прав працівників сфери охорони здоров'я.

О. Ф. Скакун «під гарантіями прав, свобод та обов'язків людини та громадянина розуміє систему соціально-економічних, політичних, юридичних умов, способів та засобів, які забезпечують їх фактичну реалізацію, охорону та надійний захист» [135 , с. 76].

А. Р. Юзефів стверджує, що вони «є системою норм, принципів і вимог, які забезпечують процес дотримання прав і законних інтересів людини» [136 , с. 75]; Є. В. Білозьоров формулює як: «реалізація прав і свобод забезпечується правовими гарантіями, що є правовими засобами та способами, за допомогою яких реалізуються, охороняються, захищаються права й свободи громадян, поновлюються їх порушені права» [137 , с. 27].

Найбільш комплексним видається підхід О. Ф. Скакун, який охоплює не лише правові, а й соціально-економічні та політичні механізми забезпечення прав людини. Водночас використання поняття «надійний захист» має оціночний характер і потребує додаткового уточнення критеріїв його застосування.

Відповідно, на наш погляд, з метою усунення дискусійності у запропонованих трактуваннях доцільно сформулювати авторське визначення *«гарантії прав людини» як «механізм забезпечення дотримання зобов'язань щодо реалізації, охорони, захисту прав та свобод людини та громадянина, а також поновлення їх у разі порушення».*

Соціальні гарантії являють собою закріплені конституційними нормами умови та засоби реалізації прав, свобод і законних інтересів людини [64, 129]. Їх забезпечення потребує активної організаційної та координаційної діяльності державних і місцевих органів влади, оскільки реалізація соціальних прав неможлива без належного інституційного та фінансового забезпечення [138].

Досліджуючи гарантії реалізації права на охорону здоров'я в Україні та країнах Європейського Союзу, Ю. Назарко зазначає, що сучасні реформи у сфері охорони здоров'я спрямовані на розширення страхового покриття населення, децентралізацію управління галуззю, посилення ролі первинної медичної допомоги, підвищення автономії закладів охорони здоров'я, розвиток приватного сектору та підвищення якості медичних послуг [139].

Відповідно, гарантії реалізації права на охорону здоров'я охоплюють систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення здоров'я населення, підтримання працездатності та соціальної активності людини. Реалізація таких заходів забезпечується органами державної влади та місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, суб'єктами медичної практики, медичними й фармацевтичними працівниками, фахівцями з реабілітації та громадськими об'єднаннями [140].

Проведений аналіз свідчить, що ані законодавство, ані наукова література не містять усталеного визначення поняття «медичні гарантії».

У межах цього дослідження запропоновано авторське визначення поняття «гарантії забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я», під яким слід розуміти «механізм забезпечення реалізації, охорони та захисту прав і свобод застрахованих медичних працівників під час виконання ними професійних обов'язків, а також поновлення цих прав у разі їх порушення».

Ефективна реалізація конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичне страхування потребує чіткого визначення суб'єктів, відповідальних за забезпечення відповідних гарантій. Аналіз законодавства у сфері охорони здоров'я дозволяє виокремити дві групи таких суб'єктів: загальнодержавні (Верховна Рада

України, Президент України, Кабінет Міністрів України, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Рада національної безпеки і оборони України) та галузеві (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками та її територіальні органи) [64, 129, 130].

Ключовим суб'єктом забезпечення гарантій соціального медичного страхування є держава. Відповідно до Конституції України, Президент України виступає гарантом прав і свобод людини і громадянина, Верховна Рада України забезпечує нормативно-правове регулювання та захист соціальних прав, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини здійснює парламентський контроль за їх додержанням, а Кабінет Міністрів України реалізує державну політику щодо забезпечення прав і свобод громадян, у тому числі у сфері медичного страхування [64].

Медичне страхування є різновидом особистого страхування, що гарантує отримання медичної допомоги та відшкодування витрат у разі настання страхового випадку відповідно до умов страхового договору [141, 142, 143].

Правові засади медичного страхування визначені Законом України «Про страхування», який передбачає обов'язкове медичне страхування як окремий вид страхування [40]. Водночас механізми його реалізації досі не отримали належного законодавчого врегулювання. Це актуалізує необхідність розробки та прийняття Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування в Україні». Слід зазначити, що відповідний законопроект був внесений до Верховної Ради України у 2016 році [57], проте 29.08.2019 року його було відкликано.

Важливим елементом системи соціального медичного страхування є програма медичних гарантій, яка визначає гарантований обсяг медичних послуг та лікарських засобів, що забезпечуються державою. До цього переліку належать екстрена медична допомога, первинна медична допомога, спеціалізована медична допомога, паліативна медична допомога, реабілітація у сфері охорони здоров'я, медична допомога дітям до 16 років, медична допомога у зв'язку з вагітністю та

пологами, а також послуги з проведення оцінювання повсякденного функціонування особи [130 ].

Постанова Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2025 р. № 1808 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році» суттєво розширила та деталізувала перелік медичних послуг, що фінансуються Національною службою здоров'я України [144 ].

В умовах воєнного стану Програму медичних гарантій було оперативного доповнено пакетами підтримки кадрової інфраструктури, зокрема «Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги» та «Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів (фармацевтів)-інтернів», що свідчить про визнання кадрового забезпечення та фінансової стабільності закладів охорони здоров'я одними з ключових пріоритетів державної політики [144 ].

На реалізацію Програми медичних гарантій у 2026 році було передбачено понад 191,6 млрд грн бюджетних коштів, що відображало послідовне збільшення фінансування порівняно з попередніми роками та дозволило адаптувати тарифи на ключові медичні послуги до умов воєнного періоду. Зокрема, суттєвого розвитку набуло фінансування пакетів із комплексної медичної реабілітації, психологічної та психіатричної допомоги на первинному та спеціалізованому рівнях, а також медичного забезпечення постраждалих внаслідок воєнних дій. Особливу увагу було приділено сталому фінансуванню пакетів готовності закладів охорони здоров'я до роботи в умовах надзвичайних ситуацій та системі кризового реагування [144].

Фінансування медичних послуг у межах Програми медичних гарантій здійснюється Національною службою здоров'я України шляхом укладення договорів із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності [130]. Водночас для забезпечення повноцінної реалізації гарантованого обсягу медичної допомоги, особливо для працівників сфери охорони здоров'я, доцільним є впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, яке б забезпечувало ширший спектр медичних послуг та належний рівень соціального захисту медичних працівників.

Основними суб'єктами загальнообов'язкового соціального медичного страхування виступають роботодавці та застраховані особи, а фінансовою основою його функціонування є страхові внески, що акумулюються відповідними страховими фондами. Відповідно до ст. 25 Закону України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» таке страхування охоплює діагностику, амбулаторне та стаціонарне лікування, забезпечення лікарськими засобами і медичними виробами, профілактичні заходи та медичну реабілітацію [45].

Поряд із загальнообов'язковим існує добровільне медичне страхування, яке забезпечує отримання визначеного договором обсягу медичних послуг за рахунок страхових внесків застрахованої особи. Вартість страхового полісу залежить від переліку послуг, категорії закладів охорони здоров'я, регіону обслуговування, стану здоров'я застрахованого та інших чинників [145-148].

Порівняльний аналіз свідчить, що добровільне медичне страхування забезпечує ширший спектр медичних послуг та вищий рівень фінансового захисту, ніж наявні державні механізми медичного забезпечення. У зв'язку з цим запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я може стати важливим інструментом розширення медичних гарантій, підвищення доступності медичної допомоги та посилення соціального захисту медичних працівників.

Результати дослідження свідчать про доцільність впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

З метою вдосконалення механізмів соціального медичного страхування працівників галузі доцільно передбачити такі гарантії страхового забезпечення: діагностичні, профілактичні (включаючи імунопрофілактику), лікувальні, трансплантаційні, фармацевтичні та реабілітаційні послуги; медичну допомогу у разі вагітності, пологів та їх наслідків; ортопедичну допомогу, протезування та відновлювальну хірургію; а також послуги, пов'язані з оформленням медичної документації.

Запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я сприятиме підвищенню рівня їх соціального захисту та доступності медичної допомоги, зменшенню фінансового навантаження у разі захворювання, а також створенню додаткових гарантій збереження професійного здоров'я. У більш широкому контексті така система дозволить покращити стан здоров'я населення, забезпечити більш справедливий розподіл фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я, підвищити прозорість їх використання та сконцентрувати фінансування на найбільш ефективних і суспільно значущих медичних послугах [149].

#### **4.4. Корпоративне страхування як різновид соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я: поняття та особливості**

Розвиток медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні перебуває на початковому етапі, що обумовлює необхідність дослідження перспективних моделей страхового захисту, зокрема корпоративного медичного страхування. Міжнародний досвід свідчить про високу ефективність систем охорони здоров'я, що поєднують механізми обов'язкового та добровільного медичного страхування [150].

У таких системах держава забезпечує базовий обсяг медичних гарантій за рахунок обов'язкових страхових внесків, тоді як добровільне страхування розширює перелік доступних послуг та рівень страхового покриття. Однією з його форм є корпоративне медичне страхування, основними споживачами якого виступають юридичні особи, що включають медичне страхування до соціального пакета працівників [151].

Попри поступовий розвиток добровільного медичного страхування в Україні, його поширення залишається обмеженим. Основними стримуючими чинниками є недостатній рівень доходів населення, висока вартість страхових полісів порівняно із середньою заробітною платою, нерівномірний розвиток мережі сучасних медичних закладів, особливо за межами великих міст, а також

недостатній рівень довіри населення до страхових компаній та низька страхова культура [145, 146]. Додатковими перешкодами залишаються недостатні податкові стимули для роботодавців, оскільки витрати на медичне страхування працівників переважно здійснюються за рахунок чистого прибутку підприємств [146, 147].

Корпоративне страхування являє собою форму колективного страхового захисту, за якої роботодавець забезпечує працівникам визначений пакет страхових послуг. Обсяг такого пакета залежить від фінансових можливостей організації, специфіки її діяльності та потреб персоналу. Важливою особливістю корпоративного страхування є можливість поширення страхового покриття не лише на працівників, а й на членів їхніх сімей.

Досвід США, Німеччини, Великої Британії, Франції, Польщі демонструє, що корпоративне страхування є важливим елементом соціальної відповідальності роботодавців та складовою системи соціального захисту населення. Його розвиток позитивно впливає як на функціонування страхового ринку, так і на економічну активність суб'єктів господарювання, сприяючи підвищенню продуктивності праці та якості людського капіталу [150, 152].

В Україні корпоративне страхування поступово набуває поширення під впливом євроінтеграційних процесів та трансформації системи соціального захисту. За прогнозами експертів, обсяг корпоративного страхування найближчими роками може досягти 20,1 млрд грн страхових платежів, хоча цей сегмент поки що суттєво поступається роздрібному страхуванню. Водночас пандемія COVID-19 та повномасштабна війна призвели до скорочення страхового ринку приблизно на 24 %, що актуалізує необхідність його відновлення та подальшого розвитку [153, 154, 155].

Аналіз структури страхового ринку свідчить, що корпоративне страхування забезпечує близько 78 % прибутків страхових компаній, тоді як на роздрібне страхування припадає близько 22 %. Це підтверджує значний потенціал корпоративного страхування як інструменту соціального захисту працівників, зокрема у сфері охорони здоров'я, де його впровадження може стати важливою

складовою системи соціального медичного страхування та додатковим механізмом збереження кадрового потенціалу галузі [153].

Корпоративне медичне страхування є найбільш поширеною формою добровільного медичного страхування в Україні. За програмами індивідуального медичного страхування охоплено не більше 6 % населення, тоді як корпоративними страховими програмами користуються близько 29 %. Популярність корпоративного страхування обумовлена нижчою вартістю страхового полісу, яка в середньому на 20–30 % менша порівняно з індивідуальним страхуванням, а також спрощеною процедурою його оформлення. Крім того, корпоративні програми забезпечують більш збалансований страховий портфель, оскільки охоплюють як здорових, так і осіб із наявними захворюваннями, що підвищує їх фінансову стійкість [156, 157].

Страхові компанії пропонують широкий спектр корпоративних програм, зміст яких залежить від потреб роботодавця та фінансових можливостей підприємства. Як правило, до них входять амбулаторно-поліклінічне обслуговування, планова та екстрена стаціонарна допомога, стоматологічні послуги та невідкладна медична допомога. Корпоративне страхування може реалізовуватися за груповим принципом із диференціацією страхових пакетів залежно від віку, статі, стану здоров'я, умов праці та інших характеристик працівників. Такий підхід дозволяє враховувати специфічні потреби окремих категорій персоналу, зокрема жінок у період вагітності та пологів [156 - 158].

У науковій літературі корпоративне медичне страхування визначається як форма добровільного медичного страхування працівників підприємства, установи чи організації, яка орієнтована на забезпечення їх медичною допомогою у разі настання страхового випадку та має виражену соціальну спрямованість [159, 160]. Узагальнюючи наукові підходи, корпоративне медичне страхування доцільно розглядати як форму колективного страхового захисту працівників, що фінансується роботодавцем та передбачає надання комплексу медичних послуг залежно від умов страхового договору [158, 160, 161].

Особливістю корпоративного медичного страхування є можливість укладення як короткострокових, так і довгострокових договорів, а також поширення окремих страхових гарантій на членів сімей застрахованих осіб. У разі втрати працездатності або настання інших страхових випадків система забезпечує додаткову матеріальну підтримку працівника та його родини.

Серед основних переваг корпоративного медичного страхування для роботодавців і працівників дослідники виокремлюють звільнення страхових виплат від оподаткування податком на додану вартість, відсутність нарахувань на такі виплати внесків до фондів соціального страхування, підвищення продуктивності праці, покращення стану здоров'я персоналу та посилення відчуття соціальної захищеності працівників [151, 158].

На думку Л. Б. Баранник, ефективність корпоративного страхування визначається сукупністю соціальних, мотиваційних, фінансових, інвестиційних та іміджевих чинників. Воно сприяє захисту життя і здоров'я працівників, збереженню кваліфікованих кадрів, оптимізації витрат підприємства, формуванню додаткових інвестиційних ресурсів та підвищенню репутації соціально відповідального роботодавця [160].

Водночас розвиток корпоративного медичного страхування в Україні стримується низкою чинників, серед яких незавершеність нормативно-правового регулювання, недостатній рівень довіри населення до страхових компаній, відсутність ефективних механізмів стимулювання роботодавців, обмежена платоспроможність населення та недостатній досвід страхових компаній у реалізації корпоративних програм [146, 147].

Незважаючи на зазначені проблеми, корпоративне медичне страхування демонструє позитивну динаміку розвитку. Показовим є те, що близько 90 % договорів медичного страхування в Україні укладається саме з корпоративними клієнтами [153, 157]. Це свідчить про значний потенціал корпоративного страхування як інструменту соціального захисту працівників та перспективного

Однією з причин домінування корпоративного сегмента на ринку медичного страхування є недостатня готовність громадян самотійно фінансувати страхові

поліси. Водночас роботодавці дедалі частіше використовують медичне страхування як інструмент підвищення соціальної захищеності персоналу та його лояльності. Крім соціального ефекту, корпоративне страхування дозволяє підприємствам мінімізувати непередбачені витрати, пов'язані з лікуванням працівників, забезпечуючи своєчасне отримання ними кваліфікованої медичної допомоги та швидше повернення до виконання професійних обов'язків [ 147, 160].

Запровадження корпоративного медичного страхування потребує формування відповідної організаційно-правової моделі та концептуальних засад її функціонування. На нашу думку, перспективним є поширення такої моделі не лише на працівників сфери охорони здоров'я, а й на всіх працюючих громадян України. Це сприятиме акумулюванню достатнього обсягу страхових ресурсів для фінансування лікування, реабілітації та інших медичних послуг, передбачених страховими програмами.

Водночас корпоративне страхування може розглядатися як важливий інструмент кадрової політики. Забезпечення працівників додатковими соціальними гарантіями підвищує їхню мотивацію, продуктивність праці та професійну стабільність. Саме тому в провідних європейських та американських компаніях корпоративне страхування є складовою системи управління персоналом та одним із механізмів залучення й утримання кваліфікованих фахівців [150 ].

З огляду на викладене, розроблення моделі корпоративного медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я потребує подальшого обґрунтування її переваг, ризиків та економічних наслідків для всіх учасників страхових правовідносин.

Серед переваг моделі корпоративного страхування працівників сфери охорони здоров'я доцільно виокремити вигоди як для роботодавців, так і для застрахованих осіб.

**Для закладів охорони здоров'я (роботодавців)** корпоративне страхування виступає важливим інструментом стратегічного управління людськими ресурсами та реалізації кадрової політики. Його застосування сприяє оптимізації витрат, пов'язаних із медичним забезпеченням працівників, зменшенню ризику

виникнення непередбачених фінансових витрат, підвищенню мотивації персоналу та формуванню його лояльності до роботодавця. Включення корпоративних страхових програм до структури соціального пакета підвищує привабливість закладу на ринку праці, сприяє залученню та утриманню висококваліфікованих фахівців, а також знижує рівень плинності кадрів, що є особливо актуальним в умовах дефіциту медичних працівників. Водночас роботодавець зберігає можливість ефективного управління страховими програмами, оскільки виступає стороною договору страхування та має право коригувати умови страхового покриття, актуалізувати перелік застрахованих осіб і адаптувати страхові продукти до кадрових потреб закладу.

**Для застрахованих працівників** та членів їхніх сімей корпоративне страхування забезпечує гарантований і своєчасний доступ до медичної допомоги, підвищує рівень соціальної та фінансової захищеності, а також передбачає механізми матеріальної підтримки у разі тимчасової чи стійкої втрати працездатності, виникнення тяжких захворювань, встановлення інвалідності або втрати годувальника. Важливим аспектом є також формування у працівників відчуття впевненості у майбутньому, соціальної безпеки та усвідомлення цінності їхньої професійної діяльності для роботодавця.

Особливе значення мають накопичувальні страхові програми, які поєднують страховий захист із механізмами довгострокового фінансового забезпечення. Такі програми створюють додаткові стимули до тривалої професійної діяльності в межах одного закладу охорони здоров'я, оскільки обсяг страхового забезпечення може збільшуватися залежно від тривалості трудових відносин. Крім того, вони забезпечують можливість отримання додаткового інвестиційного доходу за рахунок ефективного розміщення та управління страховими резервами.

Модель корпоративного страхування передбачає широкий спектр страхового захисту та може охоплювати такі ризики, як дожиття до закінчення строку дії договору, встановлення інвалідності, тимчасова або стійка втрата працездатності, смерть унаслідок захворювання чи нещасного випадку, а також інші події, визначені умовами страхування. Гнучкість моделі забезпечується можливістю

формування базових і розширених пакетів страхових послуг залежно від потреб конкретного закладу охорони здоров'я та особливостей професійної діяльності працівників.

Ефективність реалізації корпоративного страхування значною мірою залежить від обґрунтованого вибору страхової компанії. Основними критеріями такого вибору мають бути фінансова стійкість страховика, його ділова репутація, досвід роботи на страховому ринку, розвиненість мережі партнерських медичних закладів, якість асистанських послуг та рівень цифровізації страхових сервісів. Поряд із медичним страхуванням доцільним є впровадження додаткових напрямів страхового захисту, зокрема страхування професійної відповідальності медичних працівників, службового транспорту, майнових і фінансових ризиків, що сприятиме формуванню комплексної системи управління ризиками в закладах охорони здоров'я.

Узагальнюючи викладене, корпоративне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я доцільно розглядати як комплексну систему правовідносин між страховиком, роботодавцем та застрахованим працівником, спрямовану на забезпечення страхового захисту, фінансової безпеки та доступу до медичних послуг у разі настання страхового випадку. З огляду на вагоме соціальне значення, потенціал підвищення кадрової стабільності та можливості зміцнення соціального захисту медичних працівників, перспективним напрямом державної політики є нормативно-правова підтримка розвитку корпоративного медичного страхування та інтеграція його до системи соціальних гарантій працівників охорони здоров'я.

#### **Висновки до розділу 4**

За результатами комплексного соціально-економічного, організаційно-правового та соціологічного дослідження, проведеного у четвертому розділі, сформульовано такі узагальнені наукові висновки:

1. Обґрунтовано наявність виражених структурних диспропорцій у фінансовому забезпеченні кадрового потенціалу національної системи охорони

здоров'я протягом 2022–2025 років. Доведено, що попри загальне номінальне зростання середньогалузевих витрат на оплату праці на 21,4% (з 16 158,1 грн до 19 614,1 грн), динаміка реальних доходів за основними професійними групами є нерівномірною. Визначено, що найбільш критичним трендом є уповільнене зростання темпів оплати праці середнього медичного персоналу (усього на 14,9% за досліджуваний трирічний період), що суттєво поглиблює внутрішньогалузевий кадровий дисбаланс, девальвує мотиваційний профіль фахівців та зумовлює невідкладність інтеграції системи СМС як автономного інструменту захисту працівників.

2. Доведено інституційну обмеженість та вичерпність ресурсного потенціалу чинної моделі фінансування галузі через Програму медичних гарантій. На основі фінансово-економічного аналізу встановлено, що станом на 2025 рік середня частка витрат на оплату праці в структурі бюджетів комунальних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) складає 75,81%, а в окремих прифронтових та деокупованих регіонах перевищила критичний поріг у 100% (зокрема, в Луганській області - 141,26%). Така деформація структури видатків повністю блокує процеси інфраструктурної модернізації лікарень, капітальних інвестицій та фінансування локальних медико-соціальних програм для персоналу, що підтверджує об'єктивну необхідність диверсифікації фінансових потоків через розгортання багатоканальної страхової моделі.

3. За результатами соціологічного дослідження доведено наявність жорстких соціально-економічних обмежень у життєдіяльності персоналу та глибоку неоднорідність захисного ефекту чинних комерційних страхових інструментів. Встановлено, що частка осіб, які об'єктивно неспроможні самостійно покрити витрати на якісне лікування, становить 82,8% серед лікарів та досягає критичних 97,7% серед молодшого медичного персоналу ( $p < 0,001$ ). На цьому тлі зафіксовано вкрай низьке охоплення медиків добровільним медичним страхуванням, яке має селективний характер і коливається від 18,8% для лікарського корпусу до усього 6,3% для молодших ланок ( $p < 0,01$ ). Показано, що більшість працівників (53,1–64,1%) змушені самостійно співфінансувати медичну допомогу, причому майже у

половині випадків особисті витрати перевищували обсяги офіційного відшкодування. Разом з тим виявлена солідарна підтримка впровадження СМС (на рівні 89,1-95,3% опитаних) аргументує сформований суспільно-професійний запит на створення спеціалізованої страхової системи для збереження людського капіталу галузі.

4. На основі експертного опитування керівників ЗОЗ визначено структуру чинників успішності впровадження системи СМС. Встановлено, що провідну роль у забезпеченні життєздатності реформи управлінці відводять стабільності її фінансового забезпечення (30%), інституційній спроможності самих лікарень (20%) та налагодженню прозорих партнерських відносин із суб'єктами страхового ринку (20%). Натомість інформаційно-цифровий та внутрішній кадровий компоненти менеджменту оцінено експертами у 15% кожен. Отриманий структурний розподіл доводить необхідність застосування виключно системного підходу, який передбачає синхронізоване поєднання фінансових, правових та управлінських важелів на етапі практичного розгортання моделі.

5. Запропоновано авторський підхід до теоретико-методологічного обґрунтування сутності та структури організаційно-правових гарантій забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Зазначену дефініцію науково визначено як цілісний комплекс взаємопов'язаних правових, організаційних, фінансово-економічних та соціальних механізмів, безпосередньо спрямованих на реалізацію, охорону та всебічний захист прав застрахованого медичного персоналу в процесі виконання ними професійних обов'язків. Систематизовано вертикальну суб'єктну структуру управління процесами СМС на загальнодержавному та галузевому рівнях, а також аргументовано доцільність якісного розширення меж страхового покриття шляхом обов'язкового включення до нього проактивних заходів з мінімізації специфічних професійних ризиків.

6. Аргументовано стратегічну доцільність розвитку корпоративного медичного страхування як базового еволюційного етапу формування багаторівневої системи соціального захисту в охороні здоров'я. На основі аналізу кон'юнктури

ринку доведено, що корпоративний сегмент наразі є домінуючим в Україні та генерує близько 78% страхових премій у структурі ДМС. Доведено, що колективні страхові програми (зокрема довгострокові накопичувальні), які фінансуються автономними ЗОЗ як роботодавцями, виступають дієвим інструментом мінімізації плинності кадрів та підвищення конкурентоспроможності ЗОЗ на ринку праці. Науково обґрунтовано необхідність ухвалення профільної державної Концепції розвитку корпоративного медичного страхування як нормативно-правового та інфраструктурного фундаменту для подальшого розгортання загальнонаціональної системи СМС медичних працівників.

*Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора: [163, 165,167, 168, 170, 178]*

## РОЗДІЛ 5.

# ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

### 5.1. Концептуальні підходи до запровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні

На основі критичного узагальнення світового досвіду побудови страхових моделей, системного аналізу вітчизняного та міжнародного нормативно-правового регулювання, а також ретельного синтезу результатів власного дослідження, було обґрунтовано та сформульовано Концептуальні підходи до запровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні. Розробка цих підходів спрямована на кардинальну зміну парадигми захисту медичного персоналу в умовах екстремальних професійних ризиків воєнного стану та завдань повоєнного відновлення національної системи охорони здоров'я.

Сучасний етап розвитку України характеризується інтенсифікацією євроінтеграційних процесів та масштабною трансформацією публічного адміністрування. Особливої актуальності в цих умовах набуває докорінна модернізація системи соціально-економічного захисту кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я. Необхідність радикальних змін у державній політиці зумовлена тривалим періодом воєнних дій на території країни, що спричинив критичне зниження економічної стабільності, деформацію бюджетного фінансування та безпрецедентне зростання професійних ризиків для медичного персоналу. Система охорони здоров'я виступає не лише базовим інструментом забезпечення конституційного права людини на життя та здоров'я, а й вагомим елементом національної безпеки і збереження людського капіталу держави.

У контексті європейського вектору розвитку України ключове місце відводиться побудові багатоканальної системи фінансування галузі шляхом інтеграції механізмів страхової медицини, зокрема запровадження системи

соціального медичного страхування для працівників сфери охорони здоров'я. Стратегічний курс європейських держав базується на неухильному дотриманні балансу між економічною доцільністю та соціальними інтересами суспільства. Поєднання структурних економічних реформ із проактивною соціальною політикою дозволяє залучати альтернативні фінансові резерви для забезпечення суспільного добробуту і технологічного прогресу. Зазначені імперативи покладені в основу вітчизняної Концепції сталого розвитку і мають безпосередньо екстраполюватися на медичну галузь.

### **1. Обґрунтування об'єктивної потреби зміни парадигми**

Необхідність невідкладного переходу до системи СМС медичних працівників та зміни філософії управління їхнім здоров'ям зумовлена синергетичним впливом трьох виражених кризових чинників, які зафіксовано в ході комплексного моніторингу:

**Катастрофічне виснаження кадрового потенціалу (2020–2024 рр.):** Скорочення чисельності лікарського корпусу на 13,36% та середнього медичного персоналу на 21,23% доводить, що традиційні адміністративні важелі, командно-директивні методи регулювання та внутрішнє сумісництво повністю вичерпали свій ліміт. Кадрова деструкція набуває незворотного характеру, що загрожує стійкості всієї системи національної безпеки.

**Екстремальний професійний ризик та хронізації патологій:** Надвисоке психоемоційне навантаження (97% медиків стабільно потерпають від надмірного тиску під час виконання професійних обов'язків, з яких 72% мають високий і 25% - вкрай високий рівень виснаження) призвело до стійкої декомпенсації та хронізації захворюваності персоналу. У структурі виявленої патології хронічні становлять 76,2%, де абсолютно домінують хвороби системи кровообігу (до 64,6%) та нервової системи (32%). На цьому тлі фіксується вагоме зростання реєстрації професійних захворювань у 2,8 рази: з 1092 випадків у період 2001–2015 рр. до 3096 випадків протягом 2019–2023 рр.

**Низька медична активність працівників галузі щодо збереження власного здоров'я.** Чинна система охорони здоров'я має обмежені можливості

щодо своєчасного виявлення та профілактики захворювань, що значною мірою пов'язано з особливостями ставлення самих медичних працівників до власного здоров'я. Результати дослідження свідчать про низьку прихильність до своєчасного звернення за медичною допомогою: лише 11,5% респондентів звертаються до фахівців при появі перших ознак захворювання. Водночас 59,15% опитаних відкладають звернення до лікаря, очікуючи на самостійне покращення стану здоров'я, а 19,35% надають перевагу самолікуванню. Така поведінкова модель може сприяти пізньому виявленню захворювань, підвищенню ризику розвитку ускладнень, втрати працездатності та передчасної інвалідизації.

## 2. Фундаментальні принципи перспективної моделі СМС

Нова диференційована організаційна модель СМС, покликана трансформувати розпорошені відомчі механізми збереження здоров'я та охорони праці у цілісну проактивну систему захисту людського капіталу галузі, має базуватися на шести наріжних інституційних принципах (табл. 5.1.).

*Таблиця 5.1.*

### Фундаментальні принципи концептуальної моделі СМС працівників сфери охорони здоров'я

Назва принципу	Зміст та прикладні механізми реалізації в системі охорони здоров'я
Превентивність	Передбачає пріоритетну орієнтацію системи страхового захисту на попередження захворювань і мінімізацію професійних ризиків шляхом проведення регулярного моніторингу та оцінки умов праці, фінансування програм ранньої діагностики, профілактичних медичних оглядів, імунопрофілактики, а також заходів психологічної підтримки та реабілітації медичних працівників з метою запобігання професійному виснаженню та емоційному вигоранню.
Обов'язковість	Передбачає законодавче закріплення обов'язкового страхового статусу за кожним працівником сфери охорони здоров'я з моменту його працевлаштування до закладу охорони здоров'я. Базовий рівень соціального медичного страхування функціонує як гарантований державою механізм страхового захисту, участь у якому є обов'язковою та не залежить від волевиявлення застрахованої особи.
Загальність	Полягає у поширенні страхового захисту на весь кадровий потенціал системи охорони здоров'я без винятку. Право на отримання страхових гарантій мають усі медичні працівники незалежно від займаної посади, спеціальності, стажу роботи, умов праці, організаційно-правової форми та форми власності закладу охорони здоров'я, в якому вони здійснюють професійну діяльність.

Фінансова доступність	Забезпечується через багатоканальний механізм формування страхових фондів на основі паритетної участі держави та закладів охорони здоров'я як роботодавців у фінансуванні страхового захисту. Такий підхід гарантує доступність страхових послуг для медичних працівників незалежно від рівня їхніх доходів, мінімізує фінансові бар'єри для участі у системі та знижує потребу у здійсненні значних особистих витрат на медичне забезпечення.
Солідарність	Принцип солідарного розподілу фінансових і медичних ризиків ґрунтується на акумулюванні коштів у межах єдиного страхового пулу та забезпечує перерозподіл ресурсів від фінансово стабільних закладів охорони здоров'я і регіонів до суб'єктів системи, які характеризуються підвищеним рівнем витрат, професійних ризиків або недостатністю власних фінансових ресурсів.
Адресність	Передбачає застосування диференційованого підходу до формування індивідуальних і колективних страхових програм (переважно на другому рівні системи страхового захисту) з урахуванням специфіки професійної діяльності застрахованих осіб. Обсяг та структура розширеного страхового покриття визначаються відповідно до характеру й інтенсивності професійних ризиків конкретного робочого місця, включаючи вплив фізичних, хімічних, біологічних та психофізіологічних чинників виробничого середовища.

### **3. Оптимізація фінансового забезпечення системи охорони здоров'я шляхом розвитку соціального медичного страхування**

Проведений аналіз фінансово-економічних показників функціонування системи охорони здоров'я України у 2022–2025 роках засвідчив суттєве зростання навантаження на фінансові ресурси закладів охорони здоров'я та обмеженість можливостей Програми медичних гарантій щодо забезпечення їх сталого розвитку. Станом на 2025 рік середня частка витрат на оплату праці в операційних бюджетах комунальних закладів охорони здоров'я досягла 75,81 %, що значно звузило можливості фінансування заходів із модернізації інфраструктури, оновлення обладнання та розвитку матеріально-технічної бази. У низці прифронтових і деокупованих регіонів цей показник перевищив 100 %, що свідчить про критичний рівень фінансового навантаження та необхідність додаткової державної підтримки.

Незважаючи на поступове збільшення обсягів фінансування Програми медичних гарантій, значна частина її ресурсів спрямовується на забезпечення поточної діяльності закладів охорони здоров'я та виконання зобов'язань щодо оплати праці персоналу. За таких умов можливості системи щодо здійснення капітальних інвестицій, оновлення матеріально-технічної бази та реалізації програм підтримки здоров'я медичних працівників залишаються обмеженими.

У зв'язку з цим перспективним напрямом розвитку системи охорони здоров'я є запровадження соціального медичного страхування працівників галузі як окремого механізму фінансового забезпечення їх медико-соціального захисту. Такий підхід передбачає розмежування джерел фінансування надання медичної допомоги населенню та фінансування заходів, пов'язаних із профілактикою, лікуванням, реабілітацією і відновленням здоров'я медичних працівників. Фінансове забезпечення останніх доцільно здійснювати за рахунок спеціалізованих страхових фондів, страхових внесків роботодавців та інших передбачених законодавством джерел.

Реалізація зазначеного підходу дозволить знизити навантаження на бюджети закладів охорони здоров'я, підвищити ефективність використання коштів Програми медичних гарантій та створити додаткові можливості для інвестування у розвиток медичної інфраструктури, оновлення обладнання, впровадження інноваційних технологій і покращення умов надання медичної допомоги населенню. Одночасно буде забезпечено більш високий рівень соціального захисту медичних працівників, що сприятиме збереженню кадрового потенціалу галузі та підвищенню її кадрової стійкості.

#### **4. Кластерно-територіальний підхід та вирівнювання нерівності**

Розроблена страхова модель характеризується високою гнучкістю та здатністю чітко реагувати на географічну і геополітичну диференціацію професійних ризиків за допомогою кластерно-територіального інструментарію:

**«Воєнно-компенсаційний» кластер:** У регіонах із критично високим рівнем воєнних та операційних ризиків, де спостерігається суттєвий кадровий голод, але зберігається високий рівень фінансової напруги (Луганська область - середня номінальна оплата 32,2 тис. грн, Херсонська -26,3 тис. грн, Донецька - 22,1 тис. грн), система СМС виступає потужним регуляторним стимулом. Вона передбачає впровадження спеціальних регіональних програм підтримки та підвищених коефіцієнтів страхового покриття (зокрема, безкоштовне надання додаткових послуг спеціалізованого рівня медичної допомоги та розширений ліміт забезпечення імпортованими оригінальними медикаментами).

**Тилові регіони:** У відносно стабільних областях механізми СМС орієнтовані на вирівнювання диспропорцій у сфері соціальних гарантій. Це дозволяє нівелювати ризики внутрішнього деструктивного перерозподілу кадрів та зупинити відтік кваліфікованих людських ресурсів із тилових областей до великих мегаполісів та столичних агломерацій, який наразі провокується суттєвою різницею у рівнях номінальної заробітної плати.

## **5. Розвиток корпоративного страхування**

Розвиток корпоративного медичного страхування (КМС) визначається як обов'язковий, еволюційно необхідний етап формування загальнодержавної багаторівневої системи СМС медиків. Він дозволяє згладити перехід від бюджетного монополізму до страхових ринкових механізмів завдяки використанню наявного ринкового базису. На сьогодні корпоративний сегмент є абсолютним лідером на вітчизняному ринку добровільного медичного страхування (ДМС) і самостійно генерує до 78% усіх страхових премій. Позитивний досвід розвитку корпоративного страхування в Україні, підтверджений сформованою практикою управління страховими ризиками та функціонуванням ефективних механізмів андеррайтингу, створює необхідні організаційно-економічні передумови для його адаптації та впровадження у сфері охорони здоров'я. Використання напрацьованих страхових інструментів може стати важливою основою для формування та поетапного розвитку системи соціального медичного страхування працівників галузі.

Впровадження колективних страхових програм, що фінансуються безпосередньо ЗОЗ як юридичними особами (роботодавцями) за рахунок їхнього чистого прибутку від госпрозрахункової діяльності або платних послуг, створює умови для надійного кадрового закріплення фахівців. Інтеграція у корпоративний пакет накопичувальних довгострокових страхових програм пов'язує поточний страховий захист із механізмами майбутньої фінансової мотивації (що особливо актуально для середнього та молодшого медичного персоналу). Це безпосередньо стимулює тривалу роботу спеціаліста в межах одного ЗОЗ.

Для масштабування цього досвіду обґрунтовано необхідність ухвалення профільної державної Концепції розвитку корпоративного медичного страхування, яка нормативно закріпить податкові пільги для ЗОЗ-страхувальників та сформує сприятливі економічні передумови для добровільного, а згодом - обов'язкового страхування колективів усіх комунальних та державних ЗОЗ.

## **6. Сутність та суб'єктна структура гарантій**

Запропоновано розглядати гарантії забезпечення СМС медичних працівників як цілісну, динамічну правову та організаційно-економічну систему.

**Гарантії забезпечення СМС медиків** - це комплекс взаємопов'язаних правових, організаційних, фінансово-економічних, інформаційно-технологічних та соціальних механізмів, які імперативно встановлюються державою та реалізуються суб'єктами публічного адміністрування з метою повної реалізації, належної охорони та всебічного захисту прав застрахованих медичних працівників у процесі виконання ними своїх професійних обов'язків.

Суб'єктна структура управління даною системою розгортається на двох взаємопов'язаних рівнях:

**Загальнодержавний рівень:** Забезпечує стратегічне та законодавче регулювання (Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України), формування нормативно-правового поля, затвердження базових стандартів і лімітів покриття професійних ризиків, а також глобальну міжвідомчу координацію між Міністерством охорони здоров'я, Пенсійним фондом України, Національною службою здоров'я України та фінансовими регуляторами (НБУ). На цьому ж рівні планується створення спеціалізованого координатора - Національної агенції медичного страхування.

**Галузевий та локальний рівень (рівень ЗОЗ):** Відповідає за безпосереднє прикладне розгортання страхових програм. На цьому етапі самостійні заклади охорони здоров'я (як комунальні некомерційні підприємства) виступають безпосередніми страхувальниками своїх працівників, укладають договори зі страховими пулами, здійснюють адміністрування страхових випадків на місцях та

забезпечують первинну взаємодію з регіональними органами виконавчої влади та місцевого самоврядування.

**Ключовою особливістю запропонованої структури страхового покриття** є розширення традиційної моделі страхового захисту шляхом законодавчого закріплення у складі базового страхового пакета не лише фінансування медичної допомоги у разі настання захворювання чи іншого страхового випадку, а й комплексу превентивних заходів, спрямованих на збереження здоров'я медичних працівників. Зокрема, йдеться про фінансування регулярних профілактичних оглядів, скринінгових досліджень, програм раннього виявлення захворювань, професійного психологічного супроводу та заходів із профілактики професійного вигорання, а також організаційно-технічних рішень, спрямованих на мінімізацію впливу біологічних, фізичних, хімічних і психосоціальних факторів професійного ризику на робочому місці.

Реалізація такого підходу забезпечить перехід від переважно компенсаційної моделі страхового захисту до моделі, орієнтованої на збереження та зміцнення здоров'я медичних працівників, сприятиме своєчасному виявленню патологічних станів, зниженню рівня професійної захворюваності та професійного вигорання, а також створить передумови для довгострокового збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в умовах зростання професійних навантажень і сучасних суспільних викликів.

Досягнення зазначених результатів потребує формування цілісної системи організаційно-правових, фінансово-економічних та управлінських механізмів, реалізація яких має здійснюватися за низкою взаємопов'язаних напрямів розвитку соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

1. **Нормативно-правовий напрям.** Передбачає формування цілісної законодавчої бази соціального медичного страхування шляхом розробки та прийняття Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування». Закон має визначати правові, організаційні та фінансові засади функціонування системи, її принципи, права та обов'язки учасників, механізми

фінансування та гарантії страхового захисту працівників сфери охорони здоров'я з урахуванням специфіки їх професійної діяльності та професійних ризиків.

2. Фінансово-економічний напрям. Спрямований на формування стійкої багатоканальної системи фінансування соціального медичного страхування. Джерелами фінансового забезпечення мають виступати внески роботодавців, страхові внески застрахованих осіб, а також кошти державного бюджету. Такий підхід дозволить забезпечити фінансову стабільність системи та реалізацію принципів солідарності й соціальної відповідальності держави, роботодавців і працівників.

3. Цифровізація та інформаційне забезпечення. Передбачає впровадження сучасних цифрових технологій у сфері соціального медичного страхування, зокрема електронних медичних карток, єдиних реєстрів страхувальників і застрахованих осіб, автоматизованих систем адміністрування страхових послуг та моніторингу їх надання. Важливим завданням є розвиток телекомунікаційної інфраструктури та забезпечення доступу до інформаційних систем на всіх рівнях надання медичної допомоги.

4. Організаційно-управлінський напрям. Полягає у створенні ефективної системи адміністрування соціального медичного страхування. Доцільним є формування спеціалізованого центрального органу публічного управління - Національної агенції медичного страхування, на яку покладатимуться функції координації, регулювання та контролю діяльності у сфері страхування. Важливою умовою ефективного функціонування системи є забезпечення взаємодії між центральними та місцевими органами влади, закладами охорони здоров'я, страховими організаціями та професійними об'єднаннями медичних працівників.

5. Інформаційно-комунікаційний напрям. Передбачає формування позитивного суспільного сприйняття соціального медичного страхування шляхом проведення системної інформаційно-роз'яснювальної роботи. Реалізація цього напрямку має здійснюватися за участю Міністерства охорони здоров'я України, професійних асоціацій, страхових організацій та закладів охорони здоров'я через

проведення інформаційних кампаній щодо переваг, механізмів функціонування та соціальних гарантій системи страхування.

6. Моніторинг та контроль якості. Передбачає створення дієвої системи оцінювання ефективності функціонування соціального медичного страхування, що включатиме постійний моніторинг використання фінансових ресурсів, якості страхових послуг та результативності медичного обслуговування. Важливими складовими є проведення регулярного аудиту, аналізу ключових показників діяльності системи, удосконалення механізмів управління, а також забезпечення зворотного зв'язку із застрахованими особами щодо якості отриманих послуг.

7. Міжнародна інтеграція та адаптація до європейських стандартів. Спрямована на гармонізацію національної системи соціального медичного страхування із сучасними європейськими підходами до фінансування охорони здоров'я та соціального захисту працівників. Використання міжнародного досвіду сприятиме впровадженню ефективних механізмів управління страховими ресурсами, підвищенню якості медичних послуг та забезпеченню відповідності системи європейським стандартам.

8. Забезпечення соціальної справедливості та соціального захисту. Передбачає реалізацію принципів рівності, доступності та солідарності у наданні медичної допомоги та страхового захисту. Особлива увага має приділятися підтримці соціально вразливих категорій населення та працівників сфери охорони здоров'я шляхом фінансування страхових внесків за рахунок держави, реалізації цільових програм соціальної підтримки та забезпечення рівного доступу до якісних медичних і страхових послуг незалежно від соціального статусу чи рівня доходів.

## **5.2. Розробка та структурно-функціональна характеристика концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я**

На підставі обґрунтованих концептуальних напрямів була розроблена модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, структура якої графічно представлена на рисунку 5.1.

Модель включає два рівні страхування:

### Рівень 1: Обов'язкове базове страхування

Перший рівень функціонує як замкнута солідарна екосистема фінансового забезпечення базових медичних потреб працівника і розвантажує операційні бюджети лікарень.

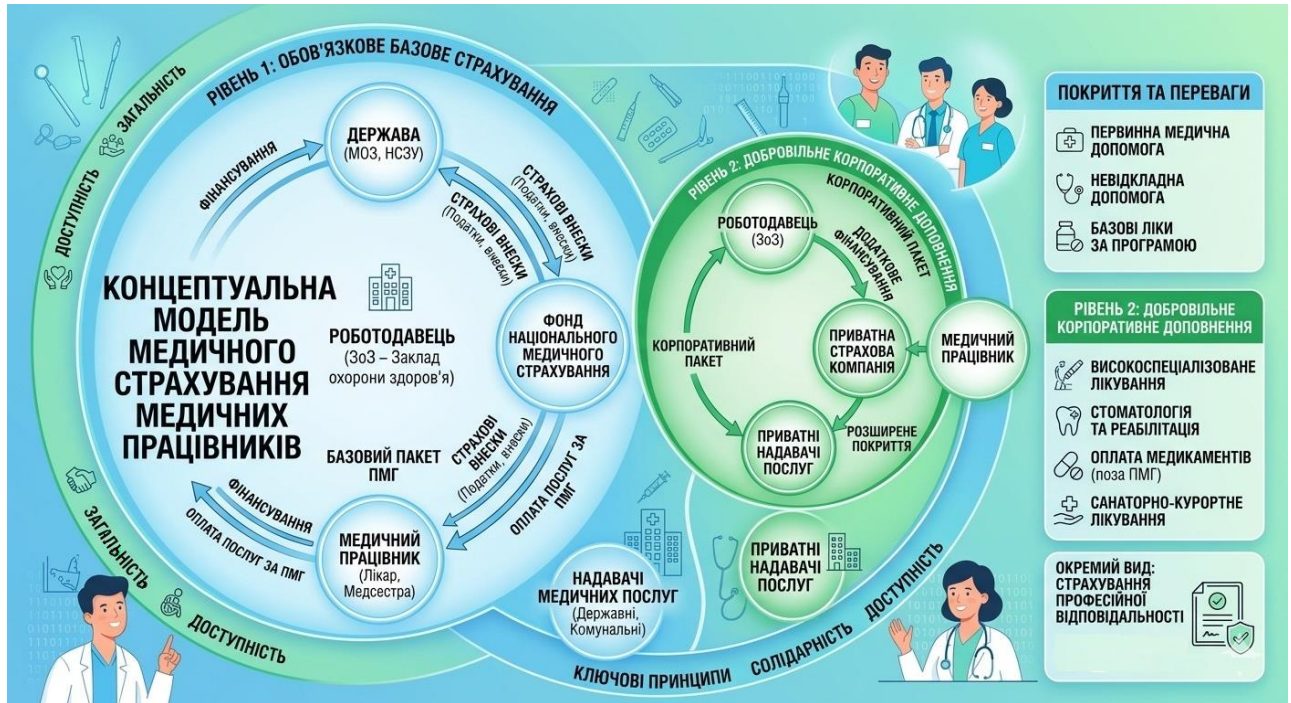


Рис. 5.1. Концептуальна модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я

Суб'єктний трикутник та фінансові потоки:

Держава (МОЗ, НСЗУ): Виступає гарантом і регулятором. Вона спрямовує пряме фінансування та акумулює податкові надходження.

Роботодавець (ЗОЗ - заклад охорони здоров'я): здійснює обов'язкові страхові внески (у вигляді відрахувань від фонду оплати праці або через цільові субсидії) до спеціалізованого фонду.

Медичний працівник (лікар, медсестра): отримує статус застрахованої особи. Розрахунком за його лікування є страхові внески, що трансформуються у базовий пакет гарантій, який діє паралельно з класичною ПМГ.

Акумуляуючий центр: Фонд національного медичного страхування. Ця інституція здійснює централізований андеррайтинг ризиків, збір премій та пряму оплату за медичні послуги застрахованим особам.

Вектори взаємодії: держава та роботодавець наповнюють Фонд внесками. Фонд здійснює оплату послуг за ПМГ / розширеним пакетом. Надавачі медичних послуг (державні та комунальні ЗОЗ) безпосередньо надають допомогу медичному працівнику.

#### *Покриття та переваги Рівня 1:*

Первинна медична допомога: повний безкоштовний доступ до скринінгів, терапевтичного супроводу та обов'язкових щорічних психофізіологічних чекапів (інструмент боротьби з професійним вигоранням).

Невідкладна допомога: екстрена госпіталізація, операційні втручання та інтенсивна терапія при гострих станах на робочому місці.

Базові ліки за програмою: стовідсоткове забезпечення медикаментами першої необхідності та специфічними препаратами для лікування гострих станів у межах затвердженого Національного формуляра.

Обсяг страхового покриття доповнюється механізмами компенсації ризиків, пов'язаних із особливостями професійної діяльності окремих категорій персоналу.

**Рівень 2: Добровільне корпоративне доповнення** (ринково-диференційований блок).

Другий рівень інтегрується у загальну систему як інструмент кадрової стабілізації, довгострокової фінансової мотивації (особливо для середнього медичного персоналу та вирівнювання міжрегіональної нерівності).

#### Суб'єктний механізм взаємодії:

Роботодавець (ЗОЗ): виступає ініціатором та страхувальником. Він купує корпоративний пакет для своїх співробітників, використовуючи кошти від госпрозрахункової діяльності, платних послуг або цільових регіональних програм підтримки. Це посилює його конкурентні позиції на ринку праці.

Приватна страхова компанія: приймає ризики, здійснює додаткове фінансування, формує унікальний страховий портфель та забезпечує розширене

покриття. На цей сегмент припадає близько 78% премій ринку ДМС, що гарантує його високу фінансову стійкість.

Приватні надавачі послуг: лікарні та медичні центри недержавної форми власності, які залучаються для лікування медичних працівників за найвищими стандартами сервісу і технологій.

Медичний працівник: отримує додаткові преференції, що стимулюють його тривале професійне закріплення на робочому місці.

Покриття та переваги Рівня 2:

Високоспеціалізоване лікування: доступ до спеціалізованої високотехнологічної медичної допомоги.

Стоматологія та реабілітація: повне або часткове покриття ортопедичної стоматології та системної медико-психологічної реабілітації для подолання наслідків хронічного стресу.

Оплата лікарських засобів (поза ПМГ): компенсація вартості оригінальних імпортованих лікарських засобів та специфічних терапевтичних курсів, що не входять до державних програм.

Санаторно-курортне лікування: профілактичне відновлення опорно-рухового апарату та дихальної системи у профільних оздоровчих закладах.

Структура корпоративних страхових пакетів може диференціюватися залежно від рівня професійних ризиків, умов праці та потреб окремих професійних груп медичних працівників.

Крім двох рівнів медичного страхування модель містить відокремлений, але функціонально пов'язаний елемент моделі - страхування професійної відповідальності медичних працівників (окремий вид захисту).

Оскільки 45% екстремального психоемоційного тиску виникає під час виконання безпосередніх медичних маніпуляцій, а 25% - під час важких комунікацій з оточенням пацієнта, страхування від ненавмисних професійних помилок є ключовим фактором психологічного розвантаження медика. Юридичний та фінансовий захист у разі виникнення судових позовів бере на себе страхова компанія, що знижує рівень тривожності персоналу та запобігає відтоку кадрів з

професії. Доцільність і обсяг такого страхування визначаються з урахуванням рівня професійної відповідальності та ризикогенності виконуваних функцій.

#### *Очікувані ефекти від впровадження моделі*

Кадровий ефект: зниження рівня плинності кадрів, подолання дефіциту середнього медичного персоналу, залучення молодих фахівців через високу соціальну привабливість «медичного страхового пакета».

Медико-соціальний ефект: руйнування деструктивної поведінкової моделі самолікування медиків; зниження показників інвалідизації та декомпенсації хронічних хвороб за рахунок ранньої діагностики захворювань та їх ефективного лікування.

Регіонально-компенсаційний ефект: використання підвищених коефіцієнтів покриття другого рівня у «воєнно-компенсаційному кластері» (Луганська, Херсонська, Донецька області) дозволить утримати спеціалістів у зонах екстремального воєнного ризику без критичного перевантаження поточного бюджету ПМГ лікарень.

Економічний ефект: перехід до багатоканального фінансування, де турбота про здоров'я працівників лягає на страхові фонди, звільняючи операційні кошти комунальних ЗОЗ для капітальних інвестицій, модернізації інфраструктури та закупівлі сучасного обладнання.

### **5.3. Експертна оцінки концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я**

За результатами аналізу даних експертної оцінки моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, здійсненої 30-ма експертами, було встановлено високі бальні показники за всіма ключовими характеристиками, що свідчить про глибоку теоретичну та прикладну обґрунтованість розробленої концептуальної моделі (табл. 5.2.).

Найвищу оцінку експертів отримав вектор орієнтованості моделі на безпосереднє забезпечення соціального захисту працівників сфери охорони здоров'я, який зафіксовано на рівні  $9,6 \pm 0,58$  бала.

Таблиця 5.2.

**Результати експертної оцінки моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я**

№	Характеристики моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я	Оцінка в балах, M±SD
1	Орієнтованість моделі на забезпечення соціального захисту працівників сфери охорони здоров'я	9,6±0,58
2	Модель забезпечує підвищення доступності медичних послуг у межах страхування	9,4±0,62
3	Модель передбачає удосконалення надання медичного обслуговування працівникам сфери охорони здоров'я в рамках соціального медичного страхування	9,3±0,64
4	Модель забезпечує розширення знань працівників сфери охорони здоров'я та організаторів системи охорони здоров'я щодо функціонування та впровадження соціального медичного страхування, а також принципів фінансування і надання медичних послуг у межах страхової системи.	8,9±0,71
5	Модель передбачає покращення фінансового та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я для ефективного функціонування системи соціального медичного страхування	9,3±0,61
6	Модель передбачає запровадження нових механізмів взаємодії між надавачами медичних послуг, страховими організаціями та органами управління охороною здоров'я	9,1±0,66
7	Модель передбачає розробку нових інформаційно-методичних матеріалів для підвищення обізнаності працівників сфери охорони здоров'я щодо функціонування системи медичного страхування	9,2±0,63

Важливим підтвердженням практичної значущості розробки є високі узгоджені оцінки параметрів її медико-організаційної ефективності: здатність моделі забезпечувати підвищення доступності медичних послуг у межах страхування оцінено в 9,4±0,62 бала, а передбачене нею удосконалення надання медичного обслуговування безпосередньо медичним працівникам у межах страхової системи отримало 9,3±0,64 бала.

Разом із цим, фахівці високо відзначили фінансово-економічний потенціал моделі, виставивши 9,3±0,61 бала за спроможність покращувати фінансове та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я для ефективного функціонування системи соціального медичного страхування.

Процеси модернізації управління та комунікацій також знайшли відображення в експертних висновках, де розробка нових інформаційно-

методичних матеріалів для підвищення обізнаності медиків щодо функціонування страхової системи отримала  $9,2 \pm 0,63$  бала, а впровадження нових механізмів взаємодії між надавачами медичних послуг, страховими організаціями та органами управління охороною здоров'я -  $9,1 \pm 0,66$  бала.

Дещо нижчий, проте стабільно високий середній бал на рівні  $8,9 \pm 0,71$  було присвоєно здатності моделі забезпечувати розширення знань як самих працівників сфери охорони здоров'я, так і організаторів системи щодо принципів фінансування і надання послуг у межах розробленої страхової системи, що загалом підтверджує цілісність, комплексність та актуальність запропонованих підходів.

Для всіх 7 характеристик коефіцієнт варіації (CV) менше за 10%. Це свідчить про високу однорідність думок експертів (консенсус) та високу статистичну надійність отриманих результатів. Аналіз структури розподілу та змістовне наповнення дозволяє виділити кластери асоційованості (синергетичні блоки):

Блок А: Соціально-гуманітарна домінанта (пункти 1, 2, 3). Ці параметри мають найвищі оцінки ( $9,6-9,3$ ) та найменше стандартне відхилення ( $0,58 - 0,64$ ). Вони демонструють лінійний причинно-наслідковий зв'язок у сприйнятті експертів: соціальний захист (1) реалізується через доступність послуг (2), що безпосередньо призводить до удосконалення обслуговування (3) медичних працівників. Це основа моделі.

Блок Б: Інфраструктурно-економічний та інституційний базис (пункти 5, 6) Оцінка на рівні 9,3 та 9,1 балів. Експерти чітко асоціюють фінансово-ресурсне забезпечення закладів (5) із необхідністю створення нових механізмів взаємодії (6). Нижчий бал для характеристики №6 ( $9,1$ ) та дещо вища варіабельність ( $0,66$ ) вказують на те, що експерти реалістично оцінюють бюрократичні та організаційні труднощі при налаштуванні взаємодії між ЗОЗ, страховими компаніями та регуляторами.

Блок В: Інформаційно-когнітивний супровід (пункти 4, 7). Оцінка на рівні 9,2 та 8,9 балів. Характеристика моделі (пункт №4) має найнижчий середній бал ( $8,9$ ) і найбільше відхилення ( $0,71$ ) серед усіх пунктів. Це свідчить про те, що частина експертів скептично оцінює швидкість або ефективність навчання персоналу та організаторів. Проте, розробка методичних матеріалів (7) оцінена вище ( $9,2$ ), що

вказує на розуміння експертами інструментальної потреби (матеріали), хоча процес системного підвищення обізнаності (знань) буде тривалішим і складнішим.

Узагальнена оцінка за цілісністю моделі: висока щільність оцінок (діапазон середніх значень в межах всього 0,7 балу) свідчить про те, що всі 7 характеристик сприймаються експертами не як окремі елементи, а як єдина, збалансована система. Ключовим вектором моделі визнано саме соціальну функцію та захист лікаря/медичного працівника (найвищі бали за пп. 1, 2), тоді як адміністративно-навчальні процеси (п. 4) розглядаються як додаткові.

Низькі значення SD (до 0,71) підтверджують репрезентативність експертної групи та відсутність гострих протиріч серед фахівців щодо доцільності впровадження запропонованої моделі.

Розрахунок коефіцієнта конкордації Кендалла засвідчив високий рівень узгодженості думок членів експертної групи щодо високої оцінки запропонованої моделі соціального медичного страхування ( $W=0,78$ ). Оцінка статистичної значущості за критерієм хі-квадрат підтвердила достовірність отриманого показника ( $p<0,05$ ), що дозволяє відхилити нульову гіпотезу про випадковий характер розподілу експертних рангів і констатувати високу надійність та об'єктивність результатів експертного оцінювання.

Таким чином, отримані результати підтверджують комплексний характер, соціальну значущість та перспективність запропонованої моделі як дієвого механізму посилення соціального захисту медичних працівників, удосконалення фінансування галузі та підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я України.

### **Висновки до розділу 5**

У розділі розроблено та науково обґрунтовано концептуальні засади запровадження системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я України, що ґрунтуються на результатах комплексного аналізу міжнародного досвіду медичного страхування, вітчизняної нормативно-правової бази, сучасного стану кадрового забезпечення галузі та фінансово-економічних умов функціонування системи охорони здоров'я. Отримані результати дозволили сформулювати такі висновки.

1. Обґрунтовано необхідність запровадження системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як одного з пріоритетних напрямів удосконалення державної політики у сфері соціального захисту медичних працівників та збереження кадрового потенціалу галузі. Встановлено, що поєднання негативних демографічних і кадрових тенденцій, високого рівня професійних ризиків, поширення професійного вигорання та обмеженості чинних механізмів соціального захисту обумовлює необхідність формування додаткових страхових гарантій для медичного персоналу.

2. Доведено, що чинна модель фінансового забезпечення системи охорони здоров'я не забезпечує належного рівня страхового захисту медичних працівників та характеризується обмеженим потенціалом для подальшого розвитку. Висока частка витрат на оплату праці у структурі фінансування закладів охорони здоров'я істотно звужує можливості їх модернізації та розвитку, що актуалізує потребу переходу до багатоканальної моделі фінансування із залученням механізмів соціального медичного страхування.

3. Сформовано концептуальні принципи функціонування системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, до яких віднесено обов'язковість, загальність, солідарність, фінансову доступність, адресність та превентивність. Визначено, що реалізація зазначених принципів забезпечує комплексний страховий захист медичних працівників, враховує специфіку професійних ризиків медичної діяльності та сприяє формуванню стійких механізмів фінансування охорони здоров'я.

4. Розроблено концептуальну дворівневу модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, яка поєднує механізми обов'язкового солідарного страхування та добровільного корпоративного страхового захисту. Запропонована модель передбачає розмежування базового та розширеного рівнів страхового забезпечення, що дозволяє поєднати державні гарантії медичного захисту з додатковими можливостями корпоративного страхування та підвищити ефективність використання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я.

5. Визначено, що важливою особливістю запропонованої моделі є її превентивна спрямованість, яка передбачає фінансування не лише лікування захворювань і наслідків професійних ризиків, а й комплексу профілактичних заходів, спрямованих на збереження здоров'я медичних працівників. До таких заходів віднесено профілактичні медичні огляди, скринінгові програми, психологічну підтримку та реабілітацію, а також заходи щодо мінімізації впливу шкідливих виробничих факторів на робочому місці.

6. Обґрунтовано доцільність включення до структури страхового захисту механізмів страхування професійної відповідальності медичних працівників, що сприятиме підвищенню рівня їхньої правової та фінансової захищеності, зниженню професійного стресу та мінімізації ризиків дострокового вибуття фахівців із професії.

7. Встановлено, що впровадження запропонованої моделі соціального медичного страхування матиме комплексний соціальний, кадровий, медичний та економічний ефект. Очікуваними результатами є підвищення рівня соціальної захищеності медичних працівників, зміцнення кадрового потенціалу галузі, зниження плинності кадрів, підвищення доступності медичної допомоги для працівників сфери охорони здоров'я, а також створення додаткових можливостей для модернізації закладів охорони здоров'я за рахунок оптимізації структури фінансування.

8. Результати експертної оцінки, проведеної за участю профільних фахівців, підтвердили високий рівень наукової обґрунтованості, практичної доцільності та перспективності запропонованої моделі. Високі оцінки за всіма досліджуваними характеристиками засвідчили її потенціал як ефективного інструменту посилення соціального захисту медичних працівників, удосконалення механізмів фінансування галузі та підвищення стійкості системи охорони здоров'я України в умовах воєнних і повоєнних викликів.

*Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора: [164, 166, 169, 176, 177]*

## ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуального науково-прикладного завдання соціальної медицини, що полягає в науковому обґрунтуванні та розробленні концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, спрямованої на підвищення рівня їх соціального захисту, збереження кадрового потенціалу та забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я України. За результатами проведеного дослідження сформульовано такі висновки:

1. Розвинуто теоретико-методологічні засади соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. На основі дослідження генезису страхових механізмів виокремлено п'ять історичних етапів розвитку соціального медичного страхування, які відображають еволюцію підходів до захисту медичних працівників - від індивідуальних форм взаємодопомоги до сучасних багаторівневих моделей страхового забезпечення. Уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження шляхом формулювання авторських дефініцій понять «страхування», «соціальне страхування працівників сфери охорони здоров'я» та «соціальне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я», а також удосконалено класифікацію страхування за організаційно-правовими та функціональними ознаками.

2. На основі комплексного аналізу міжнародного досвіду встановлено, що найбільш ефективними є системи, побудовані на принципах солідарності, обов'язковості страхового захисту, соціального партнерства та багатоканального фінансування. Обґрунтовано доцільність адаптації кращих міжнародних практик до умов України шляхом формування спеціалізованої системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як складової загальної системи соціального захисту населення.

3. Встановлено, що сучасний стан кадрового потенціалу, здоров'я та умов праці медичних працівників формує об'єктивну потребу у впровадженні системи соціального медичного страхування. Упродовж 2020–2024 років чисельність лікарів

скоротилася на 13,36% (на 19 686 осіб), а середнього медичного персоналу – на 21,23% (на 58 056 осіб), що свідчить про поглиблення кадрової кризи в галузі. Стан здоров'я працівників сфери охорони здоров'я характеризується високим рівнем захворюваності та значною поширеністю хронічної патології. У структурі поширеності хвороб провідні позиції посідають хвороби системи кровообігу (33,0%), нервової системи (32,0%), опорно-рухового апарату (13,0%) та органів травлення (11,0%). Виявлено статистично значущі відмінності показників захворюваності між професійними групами медичних працівників: частота випадків захворювань зростає від 2,4 випадку на одного лікаря до 3,4 випадку серед молодшого медичного персоналу, а тривалість тимчасової непрацездатності - від 8,2 до 18,6 дня відповідно ( $p < 0,001$ ).

4. Виявлено тенденцію до зростання професійної захворюваності медичних працівників: кількість зареєстрованих випадків у 2019–2023 рр. збільшилася у 2,8 раза порівняно з періодом 2001–2015 рр. Встановлено, що ключовими чинниками негативного впливу на здоров'я медичних працівників є психоемоційне навантаження (53,0%), контакт з інфекційними хворими (27,0%) та фізичні перевантаження (20,0%). Доведено наявність диференціації професійних ризиків залежно від категорії персоналу: для лікарів більш характерними є психоемоційні навантаження (87,5%;  $p = 0,003$ ), тоді як для середнього та молодшого медичного персоналу - фізико-ергономічні та хімічні чинники ( $p = 0,029$  та  $p = 0,011$  відповідно). Сукупність виявлених медико-соціальних проблем свідчить про недостатню ефективність існуючих механізмів соціального захисту медичних працівників та обґрунтовує необхідність впровадження системи соціального медичного страхування, спрямованої на зниження професійних ризиків, збереження здоров'я і працездатності персоналу, підвищення рівня соціальних гарантій та зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України.

5. За результатами соціологічного дослідження медичних працівників встановлено високий рівень фінансової вразливості персоналу та сформований суспільно-професійний запит на впровадження соціального медичного страхування. Частка осіб, які не можуть самостійно покрити витрати на якісне

лікування, становила від 82,8% серед лікарів до 97,7% серед молодшого медичного персоналу ( $p < 0,001$ ). У той же час більшість респондентів (53,1–64,1%) змушені співфінансувати власне лікування, а підтримку впровадження соціального медичного страхування висловили 89,1–95,3% опитаних.

6. На основі експертного опитування керівників закладів охорони здоров'я визначено структуру чинників інституційної готовності до впровадження соціального медичного страхування медичних працівників. Встановлено, що успішність функціонування системи визначається збалансованою взаємодією фінансового компонента (30%) та організаційно-інституційних чинників (70%), серед яких провідне значення мають інституційна спроможність закладів охорони здоров'я та взаємодія зі страховими організаціями (по 20%), а також кадрове й інформаційно-цифрове забезпечення (по 15%).

7. Обґрунтовано соціально-економічні та фінансові передумови впровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Встановлено наявність суттєвих структурних диспропорцій у фінансовому забезпеченні кадрового потенціалу галузі та обмеженість ресурсного потенціалу чинної моделі фінансування через Програму медичних гарантій. Визначено, що у 2025 році середня частка витрат на оплату праці в бюджетах закладів охорони здоров'я становила 75,81%, а в окремих регіонах перевищувала 100% обсягу фінансування. Незважаючи на зростання середньогалузевих витрат на оплату праці на 21,4% упродовж 2022–2025 років, зберігаються значні міжрегіональні та міжпрофесійні диспропорції. Доведено необхідність переходу до багатоканальної моделі фінансування соціального медичного страхування із залученням державних, роботодавчих та страхових ресурсів.

8. Розроблено організаційно-правові засади функціонування системи соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Запропоновано авторське визначення гарантій забезпечення соціального медичного страхування як комплексу взаємопов'язаних правових, організаційних, фінансово-економічних і соціальних механізмів, спрямованих на реалізацію та захист прав застрахованих осіб. Обґрунтовано необхідність удосконалення нормативно-

правового забезпечення шляхом прийняття спеціального закону та створення системи управління професійними страховими ризиками медичних працівників.

9. Доведено доцільність використання корпоративного медичного страхування як складової багаторівневої системи соціального медичного страхування. Встановлено, що корпоративні страхові програми забезпечують додатковий рівень соціального захисту, сприяють підвищенню кадрової стабільності, зниженню плинності кадрів та зміцненню конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я. Обґрунтовано необхідність державної підтримки розвитку корпоративного медичного страхування, яке нині формує близько 78% страхових премій на ринку добровільного медичного страхування України.

10. Науково обґрунтовано концептуальні засади та розроблено дворівневу структурно-функціональну модель соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, яка поєднує механізми загальнообов'язкового солідарного страхування та добровільного корпоративного страхового захисту. Особливістю моделі є інтеграція профілактичних, лікувально-реабілітаційних і компенсаційних механізмів, орієнтованих на збереження професійного здоров'я медичних працівників, попередження професійно зумовленої патології та мінімізацію соціально-економічних наслідків захворюваності.

11. Проведена експертна оцінка розробленої моделі підтвердила її високу наукову обґрунтованість, практичну значущість та перспективність впровадження в систему охорони здоров'я України. За результатами опитування 30 експертів усі досліджувані характеристики моделі отримали високі оцінки – від  $8,9 \pm 0,71$  до  $9,6 \pm 0,58$  балів. Найвищі показники зафіксовано за критеріями забезпечення соціального захисту медичних працівників ( $9,6 \pm 0,58$  бала), підвищення доступності медичних послуг ( $9,4 \pm 0,62$  бала), удосконалення медичного обслуговування персоналу галузі та покращення фінансово-ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я (по 9,3 бала), що підтверджує доцільність практичної реалізації запропонованої моделі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Резнікова В. В. Сутність категорії «послуга»: аналіз існуючих концепцій. *Вісник господарського судочинства*. 2009. № 1. С. 58–68.
2. Мачуський В. В. Правові основи страхування : навч. посіб. Київ : КНЕУ, 2003. 302 с.
3. Плиса В. Й. Страхування : підручник. Київ : Каравела, 2023. 512 с.
4. Базилевич В. Д., Базилевич К. С. Страхова справа. 6-те вид., стер. Київ : Знання, 2008. 351 с.
5. Страхове право : навч. посіб. / за ред. Ю. О. Заїки. Київ : Істина, 2004. 192 с.
6. Блащук Т. В. Історичний розвиток джерел правового регулювання особистого страхування. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України* : зб. наук. ст. Івано-Франківськ, 2001. Вип. VII. С. 74–83.
7. Дяченко С. А. Особисте страхування: минуле і сучасне. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ України*. 1999. № 3. С. 269–275.
8. Страхування : підручник / керівник авт. колективу і наук. ред. С. С. Осадець. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ : КНЕУ, 2002. 599 с.
9. Хрестоматія з історії держави і права України : навч. посіб. / упоряд.: А. С. Чайковський (кер.), О. Л. Копиленко, В. М. Кривоніс, В. В. Свистунов, Г. І. Трофанчук. Київ : Юрінком Інтер, 2003. 656 с.
10. Правове регулювання страхової діяльності : навч. посіб. / О. П. Гетманець, О. М. Шуміло, Т. В. Колеснік та ін. ; за ред. О. П. Гетманець, О. М. Шуміла. Київ : Хай-Тек Прес, 2014. 400 с.
11. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. Я. Ф. Радиш ; за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.
12. Страхове право : навч.-метод. посіб. [Електронне видання] / за ред. Є. О. Харитонова, В. О. Токаревої ; Нац. ун-т «Одеська юридична академія». Одеса : Фенікс, 2022. 136 с. URL: <https://hdl.handle.net/11300/25155> (дата звернення: 14.06.2025).

13. Петечел Н. М. Правове регулювання договору медичного страхування : монографія. Івано-Франківськ : Прикарпат. нац. ун-т ім. Василя Стефаника, 2023. 232 с.
14. Мальований М. І., Бечко П. К., Бечко В. П. Соціальне страхування : навчальний посібник. Київ : ЦУЛ, 2012. 491 с.
15. Ходаківська В. П. та ін. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні. *Запорізький медичний журнал*. 2012. № 5. С. 116–119.
16. Івасечко У. Історія розвитку страхування в Україні та нормативно-правове регулювання його обліку. *Економічний аналіз*. 2012. Т. 10 (2). С. 251–253.
17. Страхове право : навч. посіб. / за ред. Ю. О. Заїки. Київ : Істина, 2004. 192 с.
18. Кінашук Л. Л. Особливості розвитку страхової справи в Україні. *Підприємництво, господарство і право*. 2002. № 2. С. 26–30.
19. Цивільний кодекс України : Закон України від 16 січ. 2003 р. № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
20. Про страхування : Декрет Кабінету Міністрів України від 10 трав. 1993 р. № 47-93. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/47-93/ed19930510#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
21. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні : проект Закону України від 2 серп. 2016 р. № 4981-2. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?Pf3511=59862](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?Pf3511=59862) (дата звернення: 14.06.2025).
22. Maslow A. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*. 1943. Vol. 50, no. 4. P. 370–396.
23. Аберніхіна І. Г., Божанова О. В., Мушнікова С. А. Страхіві послуги : навч. посіб. Харків : Видавництво Іванченка І. С., 2023. 242 с.
24. Страхування : підручник / В. Д. Базилевич, О. Ф. Філонюк, К. С. Базилевич та ін. ; за ред. В. Д. Базилевича. Київ : Знання, 2008. 1019 с.
25. Хавтур О. В. Фінансові потоки страхових компаній в умовах трансформації економіки України : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.04.01. Тернопіль, 2004. 25 с.

- 26.Белгородцева М. О. Бухгалтерський облік фінансових результатів у страхових компаніях: організація і методика : дис. ... канд. екон. наук : 08.00.09. Київ, 2011. 231 с.
- 27.Страховання : підручник / керівник авт. колективу і наук. ред. С. С. Осадець. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ : КНЕУ, 2002. 599 с.
- 28.Приходько В. С. Методологія обліку страхової діяльності та аналіз платоспроможності страховика : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.06.04. Київ, 2000. 16 с.
- 29.Ткаченко Н. Державне регулювання страхової діяльності: новації в сучасному вимірі. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2022. № 3 (31). С. 139–149.
- 30.Економічна енциклопедія : у 3 т. / за ред. С. В. Мочерного. Київ : ВЦ «Академія», 2002. Т. 3. 952 с.
- 31.Фурман В. М. Розвиток нових технологій у страхуванні. *Фінанси України*. 2005. № 2. С. 135–145.
- 32.Фурман В. М. Страховий ринок в Україні: проблеми становлення та стратегія розвитку : автореф. дис. ... докт. екон. наук : 08.04.01. Київ, 2006. 37 с.
- 33.Александров В. Т., Бандурка О. М., Ворона О. І. та ін. Страхова справа. Інтегрований навч. комплекс : підручник : у 2 кн. Кн. 1 : Страховання. Страхові послуги. Київ : НВП «АВТ» ; Харків : Видав. центр НТУ «ХП», 2003. С. 32–43.
- 34.Ткаченко Н. В. Страховання : навчальний посібник. Київ : Ліра-К, 2007. 376 с.
- 35.Яворська Т. В. Страхові послуги : навчальний посібник / Львівський національний ун-т ім. Івана Франка. Львів : Економічний факультет, 2008. 250 с.
- 36.Страховання : підручник / керівник авт. кол. і наук. ред. С. С. Осадець. Київ : КНЕУ, 2006. 528 с.
- 37.Василенко А. В. Інвестиційна стратегія страхових компаній : навч. посібник. Київ : КНТЕУ, 2006. 168 с.

- 38.Гаманкова О. О. Фінанси страхових організацій : навч. посіб. Київ : КНЕУ, 2007. 328 с.
- 39.Вовчак О. Д. Страхування : навч. посібник. Львів : Новий Світ – 2000, 2004. 480 с.
- 40.Про страхування : Закон України від 18 листоп. 2021 р. № 1909-IX. Відомості Верховної Ради України. 2022. № 7–8. Ст. 47. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20> (дата звернення: 27.06.2025).
- 41.Говорушко Т. А. Страхові послуги : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 376 с.
- 42.Страхування : навчальний посібник / Н. С. Ситник, А. В. Стасишин, Д. В. Попович. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2025. 512 с.
- 43.Страхування : навчальний посібник / О. С. Журавка, А. Г. Бухтіарова, О. М. Пахненко. Суми : Сумський державний університет, 2020. 350 с.
- 44.Голубчиков М. В., Стрельченко О. Г. Основні тенденції впровадження медичного страхування під час дії режиму воєнного стану в Україні на підставі вимог європеїзації. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 12 (46). С. 1586–1596. URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-12\(46\)-1586-1596](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-12(46)-1586-1596) (дата звернення: 14.06.2025).
- 45.Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 14 січ. 1998 р. № 16/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/16/98-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
- 46.Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 23 вер. 1999 р. № 1105-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
- 47.Мархайчук Д. М. Поняття та принципи загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття. Одеса, 2020. 38 с. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/12921/Bezrobittya.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 14.06.2025).

48. Соціальне страхування : підручник / за ред. О. П. Кириленко, В. С. Толуб'яка. Тернопіль : Екон. думка ТНЕУ, 2016. 516 с.
49. Загальна декларація прав людини від 10 груд. 1948 р. *Офіційний вісник України*. 2008. № 93. Стор. 89, ст. 3103.
50. Концепція соціального забезпечення населення України. *Урядовий кур'єр*. 1994. 22 січ. С. 10–12.
51. Національна система загальнообов'язкового державного соціального страхування: сучасні проблеми та стратегія розвитку / під ред. Е. М. Лібанової ; Ін-т демографії та соціол. дослідж. НАН України. Київ, 2006. 178 с.
52. Чічкань М. В. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування як основа сучасної системи соціального захисту в Україні. *Право і суспільство*. 2021. № 1. С. 106–110.
53. Москаленко О. В. Основні засади загальнообов'язкового державного соціального страхування в умовах ринкової економіки : монографія. Харків : Юрайт, 2012. 400 с.
54. Звіт за 2024 рік : офіц. звіт / Пенсійний фонд України. 2025. URL: <https://www.pfu.gov.ua> (дата звернення: 14.06.2025).
55. Надання матеріального забезпечення застрахованим особам та проведення страхових виплат потерпілим на виробництві (членам їх сімей) за 2022 рік : офіційний вебсайт Пенсійного фонду України. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/956083> (дата звернення: 14.06.2025).
56. Медичне страхування : офіційний вебсайт Юридичної клініки НЛУ ім. Ярослава Мудрого. 2020. URL: <http://legalclinic.nlu.edu.ua/2020/04/29/medichne-strahuvannya> (дата звернення: 14.06.2025).
57. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні : проєкт Закону України від 2 серп. 2016 р. № 4981-2. URL:

<https://ips.ligazakon.net/document/JH3UD1BA?an=3> (дата звернення: 14.06.2025).

58. 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>.
59. Волохова Л. Ф., Остапенко Д. О. Медичне страхування та його розвиток в Україні. *Фінансові послуги*. 2017. № 1. С. 35–39.
60. Базилевич В. Д. Страхування : підручник. Київ : Знання-Прес, 2008. 1019 с.
61. Страхування: теорія та практика : навч. посіб. / Н. М. Внукова, Л. В. Временко, В. І. Успенко та ін. ; за заг. ред. Н. М. Внукової. 2-ге вид., переробл. та доповн. Харків : Бурун Книга, 2009. 656 с.
62. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 12. С. 43–47.
63. Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні : проект Закону України. URL: [https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=64744](https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64744) (дата звернення: 14.06.2025).
64. Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
65. Кодекс законів про працю України : Закон Української РСР від 10 груд. 1971 р. № 322-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
66. Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 8 лип. 2010 р. № 2464-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2011. № 2–3. Ст. 11. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2464-17#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
67. Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз : Закон України від 14 лип. 2023 р. № 3269-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2023. № 87. Ст. 322.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3269-20#n194> (дата звернення: 14.06.2025).

68. Право на обов'язкове страхування медичних працівників за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю при виконанні професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством : уривок з практ. посіб. «Права людини у сфері охорони здоров'я». URL: <http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/7-prava-ta-obovjazki-medichnikh-pracivnikiv-za-zakonodavstvom-ukrajini/71-prava-medichnikh-pracivnikiv/716-pravo-na-obovjazkove-strakhuvannja-medichnikh-pracivnikiv-za-rakhunok-vlasnika-zakladu-okhoroni-zdorovja-u-razi-zapodijannja-shkodi-jikh-zhittju-i-zdorovju-pri-vikonanni-profesiinikh-obovjazkiv-u-vipadkakh-peredbachenikh-zakonodavstvom> (дата звернення: 14.06.2025).
69. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 6 квіт. 2000 р. № 1645-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 29. Ст. 228. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
70. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12 груд. 1991 р. № 1972-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 11. Ст. 152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
71. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22 лют. 2000 р. № 1489-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 19. Ст. 143. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
72. Про затвердження переліку професійних захворювань : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 лист. 2000 р. № 1662 (із змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1662-2000-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.06.2025).
73. Про затвердження списків виробництв, робіт, професій, посад і показників, зайнятість в яких дає право на пенсію за віком на пільгових умовах :

Постанова Кабінету Міністрів України від 24 черв. 2016 р. № 461. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/461-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.06.2025).

74. Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції... : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовт. 1998 р. № 1642. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1642-98-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.06.2025).

75. Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 квіт. 2019 р. № 337 (із змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/337-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.06.2025).

76. Про затвердження Порядку призначення, перерахування та здійснення страхових виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності : Постанова Правління Пенсійного фонду України від 26 січ. 2024 р. № 4-1. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z0353-24#n8> (дата звернення: 14.06.2025).

77. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 серп. 2011 р. № 454. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text> (дата звернення: 14.06.2025).

78. Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з нещасним випадком на виробництві, професійним захворюванням чи аварією : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 жовт. 2025 р. № 1580.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1593-25#Text> (дата звернення: 14.06.2025).

79. Budget matters for health: key formulation and classification issues / H. Barroy, E. Dale, S. Sparkes, J. Kutzin ; World Health Organization. Geneva : WHO, 2018. No. 4. 12 p.
80. A Framework for Health System Comparisons: The Health Systems in Transition (HiT) Series of the European Observatory on Health Systems and Policies / B. Rechel, S. Lessof, R. Busse et al. ; ed. by B. Rechel. *Health System Review*. 2019. P. 235–250. DOI: 10.1007/978-1-4939-8715-3\_15.
81. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle / OECD, European Commission. Paris : OECD Publishing, 2024. 236 p. DOI: 10.1787/b3704e14-en.
82. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013. Vol. 91, no. 8. P. 602–611. DOI: 10.2471/BLT.12.113985.
83. Private health insurance: History, politics and performance / ed. by S. Thomson, A. Sagan, E. Mossialos. Cambridge : Cambridge University Press, 2020. 412 p.
84. Buchan J., Catton H., Shaffer F. A. Sustain and Retain in 2022 and Beyond: The Global Health Care Workforce. Geneva : International Council of Nurses, 2022. 70 p.
85. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation [Electronic resource]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. PMID: 28825784. URL: <https://pubmed.ncbi.org/28825784> (дата звернення: 05.06.2025).
86. The NHS workforce in England : Commons Library Research Briefing, no. CBP-9731 / House of Commons Library. 2024. URL: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9731/CBP-9731.pdf> (дата звернення: 05.01.2025).
87. Busse R., Saltman R., Figueras J. Social Health Insurance Systems in Western Europe. Buckingham : Open University Press, 2004. 314 p.

88. Busse R., Blümel M. Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014. Vol. 16, no. 2. P. 1–296.
89. Germany: Health system review / M. Blümel, A. Spranger, K. Achstetter et al. *Health Systems in Transition*. 2020. Vol. 22, no. 6. P. 1–272.
90. Netherlands: Health system review / M. Kroneman, W. Boerma, M. van den Berg et al. *Health Systems in Transition*. 2016. Vol. 18, no. 2. P. 1–240.
91. van Ginneken E., Swartz K. Implementing insurance exchanges—lessons from Europe. *New England Journal of Medicine*. 2012. Vol. 367, no. 8. P. 691–693.
92. 2022 Country Report – Netherlands / European Commission. 2022. 54 p. URL: [https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/2022-european-semester-country-report-netherlands\\_en.pdf](https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/2022-european-semester-country-report-netherlands_en.pdf) (дата звернення: 01.06.2025).
93. Healthcare Systems: Netherlands / Civitas: Institute for the Study of Civil Society. London, 2013. 12 p. URL: <https://www.civitas.org.uk/content/files/netherlands.pdf> (дата звернення: 25.09.2025).
94. Chevreur K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I. et al. France: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2015. Vol. 17, no. 3. P. 1–218. PMID: 26766545.
95. Marchildon G. P., Allin S., Merkur S. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2020. Vol. 22, no. 3. P. 1–194.
96. Japan health system review / H. Sakamoto, M. M. Rahman, S. Nomura et al. *Health Systems in Transition*. 2018. Vol. 8, no. 1. 218 p.
97. Iida K., Watari T., Watanuki S. The Japanese universal health insurance system in the context of diagnostic equity. *Diagnosis*. 2024. Vol. 11, no. 3. P. 335–336. DOI: 10.1515/dx-2024-0047.
98. Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. Israel: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015. Vol. 17, no. 6. P. 1–212.
99. United States: Health system review / T. Rice, P. Rosenau, L. Y. Unruh et al. *Health Systems in Transition*. 2020. Vol. 22, no. 4. P. 1–441.
100. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians During the First 2 Years of the COVID-19 Pandemic / T. D. Shanafelt,

- C. P. West, L. N. Dyrbye et al. *Mayo Clinic Proceedings*. 2022. Vol. 97, no. 12. P. 2248–2258. DOI: 10.1016/j.mayocp.2022.09.002.
101. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries / OECD. Paris : OECD Publishing, 2010. 176 p. DOI: 10.1787/9789264088856-en.
102. Mello M. M., Studdert D. Physical and Mental Health Effects of Executive Orders on Immigrant Communities. *JAMA*. 2020. Vol. 323, no. 4. P. 303–304.
103. Узагальнені дані медичної звітності по комунальних закладах охорони здоров'я та закладах охорони здоров'я у сфері управління МОЗ : офіційний вебсайт Центра громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1> (дата звернення: 14.06.2025).
104. Професійне здоров'я : офіційний вебсайт Центра громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/profesiyne-zdorovya> (дата звернення: 14.06.2025).
105. Мельник С. В., Горзов Л. Ф., Мельник В. С. Частота захворюваності медичних працівників стоматологічного профілю. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1 (67). С. 73–78.
106. Горзов Л. Ф., Кривцова М. В., Костенко Є. Я. та ін. Чинники ризику в процесі трудової діяльності медичних працівників стоматологічного профілю. *Art of Medicine*. 2021. № 4. С. 38–42.
107. Панчук О. Ю. Гігієнічна оцінка умов праці за основними спеціальностями стоматологічного профілю в умовах використання сучасних технологій діагностики, лікування та профілактики. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2017. № 1 (21). С. 336–341.
108. Возний О. В., Германчук С. М., Струк В. І. та ін. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню України. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2019. № 12 (2). С. 228–234.

109. Мельник С. В., Горзов Л. Ф., Мельник В. С. Частота захворюваності медичних працівників стоматологічного профілю. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1 (67). С. 73–77.
110. Копач К. Д., Варивончик Д. В. Наукове обґрунтування уніфікованої програми профілактичних медичних оглядів працівників стоматологічної служби. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2019. № 15 (20). С. 110–120. DOI: <https://doi.org/10.33573/ujoh2019.02>.
111. Горачук В. В. Про оптимізацію системи охорони здоров'я працівників медичної галузі. *Український медичний часопис*. 2008. № 6 (68). С. 39–44.
112. Головенко Х. В., Сопель О. М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. 2017. № 4. С. 51–53.
113. Фактори ризику професійних захворювань медичних працівників (огляд літератури) / L. Vodnar, A. Bob, R. Vodnar, N. Reha, T. Vodnar. *Вісник наукових досліджень*. 2018. № 2. С. 14–18. DOI: 10.11603/2415-8798.2018.2.8929.
114. Нагорна А. М., Соколова М. П., Кононова І. Г. Професійна захворюваність медичних працівників в Україні як медико-соціальна проблема. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2016. № 2 (47). С. 3–16.
115. Ботякова В. Сучасний стан розповсюдженості синдрому професійного вигорання у медичних працівників Європи. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2023. № 1 (10). С. 18–25. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-1-2>.
116. Draga T. M., Myaluk O. P., Krynytska I. Y. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 48–51. DOI: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2017.3.8534>.
117. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. № 10 (131). С. 28–33.

118. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Psychological Prospects Journal*. 2020. № 36. С. 37–48. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-37-48>.
119. Карамушка Т. В., Карамушка Л. М. Професійне вигорання персоналу реабілітаційних центрів для поранених військових: вплив освітньо-професійних характеристик персоналу. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2025. Вип. 34, № 1. С. 20–31. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2025.1.34.2>.
120. Бойцанюк С. І., Левків М. О., Островський П. Ю. Емоційне вигорання у медсестер: діагностика та профілактика. *Клінічна та профілактична медицина*. 2025. № 5. С. 119–126. DOI: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2025.15>.
121. Захворюваність медичних працівників на професійний туберкульоз / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, Д. В. Варивончик, М. П. Соколова. *СЕС профілактична медицина*. 2010. № 2 (22). С. 3–8.
122. Кундієв Ю. І., Нагорна А. М., Варивончик Д. В. Професійні інфекційні хвороби. Київ : ВД «Авіцена», 2014. 528 с.
123. Охорона праці в медичній галузі : підручник / О. П. Яворовський, І. В. Сергета, Ю. О. Паустовський та ін. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 488 с.
124. Гігієна праці : підручник / Ю. І. Кундієв, О. П. Яворовський, А. М. Шевченко та ін. ; за ред. Ю. І. Кундієва, О. П. Яворовського. Київ : ВСВ «Медицина», 2011. 904 с.
125. Аналітичні звіти ПМГ : офіційний вебсайт Національної служби здоров'я України (НСЗУ). 2025. URL: <https://nszu.gov.ua/archiv-dokumentiv/page-3?groups%5B2%5D%5Battributes%5D%5B%5D=35> (дата звернення: 14.06.2025).
126. Клочко О. Медичне страхування як перспективний вид соціального страхування. *Humanitas*. 2024. № 1. С. 105–110. DOI: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2024.1.15>.

127. Тодика Ю. Н., Тодика О. Ю. Конституційно-правовий статус людини та громадянина в Україні. Київ : Ін Юре, 2004. 368 с.
128. Цивільний кодекс України : Закон України від 16 січ. 2003 р. № 435-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 40–44. Ст. 356.
129. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 14.06.2025).
130. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 25. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 14.06.2025).
131. Клімова Г. П. Права і свободи людини в Україні: класифікація, гарантії реалізації. *Державне будівництво та місцеве самоврядування*. 2006. Вип. 11. С. 184–193.
132. Коцан-Олинець Ю. Я. До питання про гарантії прав і свобод людини та громадянина: сучасне теоретико-правове узагальнення. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2014. № 2. С. 12–16.
133. Мілова Т. М. Нормативно-правові гарантії конституційного права людини і громадянина на свободу наукової творчості в Україні. *Часопис Київського університету права*. 2007. № 3. С. 82–88.
134. Теорія держави і права : навч. посіб. / С. К. Бостан, С. Д. Гусарев, Н. М. Пархоменко та ін. Київ : Академія, 2013. 346 с.
135. Скакун О. Ф. Теорія права і держави : підручник. 3-тє вид. Київ : Алерта, 2012. 524 с.
136. Юзефів А. Р. Конституційні гарантії забезпечення прав і свобод людини. *Порівняльне аналітичне право*. 2018. № 1. С. 74–77.
137. Білозьоров Є. В. Правові гарантії захисту прав і свобод людини в Україні: реалії та проблеми. *Адвокат*. 2009. № 8. С. 26–30.
138. Стрельченко О. Г. Суб'єкти публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. *Юридичний часопис НАВС*. 2011. № 2. С. 11–16.

139. Назарко Ю. В. Гарантії реалізації права на охорону здоров'я в Україні та країнах Європейського Союзу. *Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ*. 2018. № 1 (15). С. 405–418.
140. Стрельченко О. Г. Доктринальна характеристика повноважень суб'єктів створення лікарських засобів як безпосередніх суб'єктів публічної адміністрації. *Leges si viata*. 2019. № 4/2 (328). С. 183–188.
141. Пазеева Г. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2021. № 4 (64). С. 36–46. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2021-64-36-46>.
142. Шандар А., Кирилюк В. Медичне страхування в системі соціального забезпечення України. *Галицький економічний вісник*. 2023. № 6 (85). С. 148–156.
143. Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Економіка і суспільство*. 2018. Вип. 19. С. 1139–1145.
144. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році : Постанова Кабінету... від 31 груд. 2025 р. № 1808. *Офіційний вісник України*. 2026. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1808-2025-%D0%BF> (дата звернення: 12.01.2026).
145. Журавка О. С. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник Сумського державного університету*. 2022. № 2. С. 50–58. DOI: <https://doi.org/10.21272/1817-9215.2022.2-05>.
146. Кондратенко Д. В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування. *Бізнес Інформ*. 2021. № 4. С. 243–249. DOI: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2021-4-243-249>.

147. 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>.
148. Aleskerova Yu. Medical insurance in Ukraine: problems and prospects for development. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2021. Вип. 6. С. 219–228. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/cxeebu\\_2021\\_6\\_34](http://nbuv.gov.ua/UJRN/cxeebu_2021_6_34) (дата звернення: 14.06.2025).
149. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку : монографія / С. М. Прилипко, О. М. Ярошенко, Т. А. Занфірова, Я. А. Аркатов. Харків : Право, 2017. 208 с.
150. Попович Д. В. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений*. 2022. № 10. С. 64–70. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-10-110-14>.
151. Новосад Я. С. Корпоративне медичне страхування як складовий елемент добровільного медичного страхування в Україні. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Економіка»*. 2016. № 2 (30). С. 93–97.
152. Яришко О. В. Особливості функціонування моделі медичного страхування в Польщі. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 43. С. 406–411. DOI: <https://doi.org/10.32843/infrastructure43-73>.
153. Логінова А. С. Сучасний стан страхування медичних витрат в Україні. *Економіка та суспільство*. 2023. № 53. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2707/2621> (дата звернення: 14.06.2025).
154. Климук Н. Я. Програми медичного страхування та їх особливості за умов COVID-19. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 3. С. 47–50. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.3.12626>.

155. Василевська Н. С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023. № 50. С. 120–127. DOI: <https://doi.org/10.18524/2411-2054.2023.50.280281>.
156. Дяченко Є. В. Сучасний стан корпоративного медичного страхування в Україні. *Теоретичні та прикладні питання економіки*. 2010. № 26. С. 272–275.
157. Пазєєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2021. Вип. 4. С. 36–46. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2021-64-36-46>.
158. Романова А. А. Сучасний підхід до корпоративного медичного страхування як складового елемента системи забезпечення права людини на здоров'я. *Медичне право*. 2013. № 1 (22). С. 106–110.
159. Таранський І. П., Рикованова І. С., Білик М. В. Стратегічний ефект корпоративного страхування. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2007. С. 483–489.
160. Баранник Л. Б. Корпоративне страхування як перспективний напрям розвитку соціального захисту працюючого населення в Україні. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2012. № 3. С. 167–171.
161. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування in Україні. *Економіка та держава*. 2021. № 4. С. 87–91. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6806.2021.4.87>.
162. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Характеристика захворюваності серед працівників сфери охорони здоров'я. *Клінічна і профілактична медицина*. 2023. № 8 (30). С. 108–118. DOI: 10.31612/2616-4868.8.2023.1.
163. Рудакова Л. О. Доктринальна характеристика корпоративного страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 2 (92). С. 53–60. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.2.13309>.

164. Рудакова Л. О. Трансформація загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 1 (19). С. 539–552. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1\(19\)-539-552](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1(19)-539-552).
165. Рудакова Л. О. Класифікація соціально-правової категорії «страхування». *Часопис Київського університету права*. 2022. № 1. С. 164–169. DOI: <https://doi.org/10.36695/2219-5521.1.2022.30>.
166. Рудакова Л. О. Характеристика основних етапів впровадження соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 4 (50). С. 2483–2495. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4\(50\)-2483-2494](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-2483-2494).
167. Rudakova L. Doctrinal Description of Social Medical Insurance for Health Care Employees (Pursuant to the Legislation of Ukraine). *Journal of Law and Political Sciences*. 2022. No. 35 (4). P. 176–193. URL: <http://journal-law.com>
168. Рудакова Л. О. Доцільність впровадження соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Trends of modern science and practice : materials of the V International Scientific and Practical Conference (Ankara, Turkey, February 8–11, 2022)*. Ankara, 2022. С. 265–270.
169. Рудакова Л. О. Формування сучасної моделі медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Полтавські дні громадського здоров'я : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Полтава, 26 травня 2023 року)*. Полтава, 2023. С. 92–97.
170. Рудакова Л. О. Класифікація комерційного та соціального страхування у межах страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні. *The latest information and communication technologies in education : abstracts of XI International Scientific and Practical Conference (Florence, Italy, November 27–29, 2023)*. Florence, 2023. С. 255–257. URL: <https://eu-conf.com/podacha-materialov>
171. Рудакова Л. О. Характеристика чинників, які впливають на здоров'я та працездатність працівників сфери охорони здоров'я, що зумовлюють

впровадження соціального страхування. *Перспективні напрямки наукових досліджень : матеріали CXLIII Міжнародної інтернет-конференції (м. Чернівці, 31 травня 2024 року)*. Чернівці, 2024. С. 304–307. URL: [https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2024/07/Chernivtsi\\_31052024.pdf](https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2024/07/Chernivtsi_31052024.pdf).

172. Рудакова Л. О. Характеристика нормативно-правового регулювання соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Youth of the 21st century: self-realization, value orientations, identification : materials of XXIX International Scientific and Practical Conference (Zagreb, Croatia)*. Zagreb, 2024. С. 135–137. URL: <https://eu-conf.com/events/youth-of-the-21st-century-self-realization-value-orientations-identification>.
173. Рудакова Л. О. Класифікація комерційного та соціального страхування в Україні. *Стратегія екологічної безпеки України: соціально-економічний та правовий вимір : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (20 травня 2022 року, м. Львів)*. Львів, 2022. С. 200–204.
174. Рудакова Л. О. Особливості соціального страхування в Україні. *Финансовая безопасность как складова економічної безпеки держави : матеріали Круглого столу (30 листопада 2022 року, м. Київ)*. Київ, 2022. С. 9.
175. Рудакова Л. О. Характеристика комерційного періоду розвитку медичного соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я буржуазної формації (період Нового часу). *Захист прав та інтересів дітей і жінок в умовах воєнного стану : матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Дніпро, 29 квітня 2022 року)*. Дніпро, 2022. С. 50–52.
176. Рудакова Л. О. Особливості впровадження моделі корпоративного загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Адміністративно-правове забезпечення діяльності публічної адміністрації : матеріали XVII науково-практичного семінару (м. Київ, 21 жовтня 2021 року)*. Київ, 2021. С. 130–136.

177. Рудакова Л. О. Сутність медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я під час воєнного стану в Україні. *Морально-правові засади публічного адміністрування у секторі безпеки та оборони : матеріали науково-практичного семінару (м. Київ, 22 лютого 2023 року)*. Київ, 2023. С. 210–216.
178. Рудакова Л. О. Поняття та характеристика гарантій забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Правове забезпечення економічної безпеки держави : матеріали круглого столу (м. Київ, 30 травня 2023 року)*. Київ, 2023. С. 11.

## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А

#### НАУКОВІ ПРАЦІ, В ЯКИХ ОПУБЛІКОВАНІ ОСНОВНІ НАУКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

##### Статті у наукових фахових виданнях

*У журналах індексованих «Scopus»*

1. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Характеристика захворюваності серед працівників сфери охорони здоров'я. *Клінічна і профілактична медицина*. 2023. № 8 (30). С. 108–118. DOI: 10.31612/2616-4868.8.2023.1.

*В журналах категорії Б*

2. Рудакова Л. О. Доктринальна характеристика корпоративного страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 2 (92). С. 53–60. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.2.13309>.

3. Рудакова Л. О. Трансформація загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 1 (19). С. 539–552. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1\(19\)-539-552](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1(19)-539-552).

4. Рудакова Л. О. Класифікація соціально-правової категорії «страхування». *Часопис Київського університету права*. 2022. № 1. С. 164–169. DOI: <https://doi.org/10.36695/2219-5521.1.2022.30>.

5. Рудакова Л. О. Характеристика основних етапів впровадження соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 4 (50). С. 2483–2495. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4\(50\)-2483-2494](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-2483-2494).

6. Rudakova L. Doctrinal Description of Social Medical Insurance for Health Care Employees (Pursuant to the Legislation of Ukraine). *Journal of Law and Political Sciences*. 2022. No. 35 (4). P. 176–193. URL: <http://journal-law.com>

## НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ЗАСВІДЧУЮТЬ АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Рудакова Л. О. Доцільність впровадження соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Trends of modern science and practice : materials of the V International Scientific and Practical Conference (Ankara, Turkey, February 8–11, 2022)*. Ankara, 2022. С. 265–270.

2. Рудакова Л. О. Формування сучасної моделі медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Полтавські дні громадського здоров'я : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Полтава, 26 травня 2023 року)*. Полтава, 2023. С. 92–97.

3. Рудакова Л. О. Класифікація комерційного та соціального страхування у межах страхування працівників сфери охорони здоров'я в Україні. *The latest information and communication technologies in education : abstracts of XI International Scientific and Practical Conference (Florence, Italy, November 27–29, 2023)*. Florence, 2023. С. 255–257. URL: <https://eu-conf.com/podacha-materialov>

4. Рудакова Л. О. Характеристика чинників, які впливають на здоров'я та працездатність працівників сфери охорони здоров'я, що зумовлюють впровадження соціального страхування. *Перспективні напрямки наукових досліджень : матеріали СХLIII Міжнародної інтернет-конференції (м. Чернівці, 31 травня 2024 року)*. Чернівці, 2024. С. 304–307. URL: [https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2024/07/Chernivtsi\\_31052024.pdf](https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2024/07/Chernivtsi_31052024.pdf).

5. Рудакова Л. О. Характеристика нормативно-правового регулювання соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Youth of the 21st century: self-realization, value orientations, identification : materials of XXIX International Scientific and Practical Conference (Zagreb, Croatia)*. Zagreb, 2024. С.

135–137. URL: <https://eu-conf.com/events/youth-of-the-21st-century-self-realization-value-orientations-identification>.

6. Рудакова Л. О. Класифікація комерційного та соціального страхування в Україні. *Стратегія екологічної безпеки України: соціально-економічний та правовий вимір : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (20 травня 2022 року, м. Львів)*. Львів, 2022. С. 200–204.

7. Рудакова Л. О. Особливості соціального страхування в Україні. *Финансовая безопасность как складовая экономической безопасности державы : матеріали Круглого столу (30 листопада 2022 року, м. Київ)*. Київ, 2022. С. 9.

8. Рудакова Л. О. Характеристика комерційного періоду розвитку медичного соціального страхування працівників сфери охорони здоров'я буржуазної формації (період Нового часу). *Захист прав та інтересів дітей і жінок в умовах воєнного стану : матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Дніпро, 29 квітня 2022 року)*. Дніпро, 2022. С. 50–52.

9. Рудакова Л. О. Особливості впровадження моделі корпоративного загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Адміністративно-правове забезпечення діяльності публічної адміністрації : матеріали XVII науково-практичного семінару (м. Київ, 21 жовтня 2021 року)*. Київ, 2021. С. 130–136.

10. Рудакова Л. О. Сутність медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я під час воєнного стану в Україні. *Морально-правові засади публічного адміністрування у секторі безпеки та оборони : матеріали науково-практичного семінару (м. Київ, 22 лютого 2023 року)*. Київ, 2023. С. 210–216.

11. Рудакова Л. О. Поняття та характеристика гарантій забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Правове забезпечення економічної безпеки держави : матеріали круглого столу (м. Київ, 30 травня 2023 року)*. Київ, 2023. С. 11.

**Анкета комплексної медико-соціальної оцінки стану здоров'я, умов праці та медичної активності працівників сфери охорони здоров'я**

**Шановний колего!**

Просимо Вас взяти участь у соціологічному дослідженні, що присвячене вивченню стану здоров'я, умов праці та медичної активності працівників сфери охорони здоров'я. Анкета є анонімною, а всі отримані результати будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Дослідження проводиться аспірантом кафедри управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Повідомляємо Вас, що:

- участь в дослідженні є абсолютно добровільною;
- Ви можете відмовитися від участі в дослідженні або вийти з нього будь-який момент.
- Ваша участь в дослідженні може бути корисною для Вас,
- Ваша участь у дослідженні може не мати для Вас користі, але в ході дослідження будуть отримані нові знання на користь інших людей та розвитку медицини;

**БЛОК I. ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ**

**1. Чи задоволені Ви загалом своєю професійною діяльністю в охороні здоров'я?**

- Так, повністю або переважно задоволений(-а)
- Ні, незадоволений(-а)
- Важко відповісти

**2. Як Ви оцінюєте рівень психоемоційного напруження під час виконання Ваших службових обов'язків?**

- Низький
- Середній
- Високий
- Вкрай високий (зокрема, пов'язаний з виконанням обов'язків в умовах бойових дій)

**3. В які моменти Вашої професійної діяльності найчастіше виникає найбільше психоемоційне навантаження?**

- Безпосередньо під час виконання медичних маніпуляцій, операцій чи процедур
- Під час комунікації з пацієнтами та їхніми родичами
- Не відзначаю значного навантаження у часі
- Важко чітко визначити часові прояви

**БЛОК II. СТАН ЗДОРОВ'Я ТА СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНОСТІ**

**4. Чи маєте Ви встановлені діагнози хронічних захворювань?**

- Так
- Ні

**5. За наявності у Вас захворювань, до яких клінічних груп вони належать? (Оберіть ВСІ відповідні варіанти)**

- Хвороби системи кровообігу
- Хвороби нервової системи
- Хвороби опорно-рухового апарату
- Хвороби органів дихання
- Інфекційні захворювання
- Патологія шкіри
- Хвороби шлунково-кишкового тракту
- Інше \_\_\_\_\_

**6. Який характер мають Ваші захворювання у більшості випадків?**

- Гострий
- Хронічний
- Хвороби відсутні

**7. Чи встановлено у Вас діагноз патології системи кровообігу (гіпертонія, ІХС тощо):**

- Маю встановлений діагноз відповідного захворювання
- ні не маю відповідного захворювання
- Не відчуваю клінічних проявів і не звертався(-лася) за медичною допомогою
- Утримуюсь від відповіді

**Чи встановлено у Вас діагноз патології нервової системи:**

- Маю встановлений діагноз відповідного захворювання
- ні не маю відповідного захворювання
- Не відчуваю клінічних проявів і не звертався(-лася) за медичною допомогою
- Утримуюсь від відповіді

**8. Чи встановлено у Вас діагноз патології опорно-рухової системи?**

- Так, маю встановлений діагноз
- Ні, діагнозу немає, але відзначаю появу больових відчуттів у кінцівках та хребті наприкінці робочого дня
- Ні, больові відчуття повністю відсутні
- Не можу надати однозначної відповіді
- Утримуюсь від відповіді

**БЛОК III. УМОВИ ПРАЦІ, ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ПРОФЕСІЙНІ СТРАХИ**

**9. Які фактори виробничого середовища найсильніше негативно впливають на стан Вашого здоров'я?**

- Психоемоційне навантаження
- Фізичні перевантаження
- Контакт з інфекційними хворими
- Інші фактори

**10. Щодо яких інфекцій Ви відчуваєте найбільший особистий професійний страх інфікування на робочому місці?**

- ВІЛ-інфекція
- Вірусні гепатити (В, С)
- Туберкульоз
- COVID-19
- Інші інфекції

**11. Як Ви дієте у разі виявлення у пацієнта контагіозного (заразного) захворювання?**

- Одразу змінюю тактику лікування та посилюю заходи індивідуального захисту
- Дію за стандартним протоколом без додаткових змін
- Інше \_\_\_\_\_

**12. Як Ви оцінюєте свій рівень дотримання санітарно-епідеміологічних вимог на робочому місці?**

- Дотримуюся встановлених правил повністю
- Дотримуюся частково
- Не дотримуюся
- Утримуюсь від відповіді

**13. На що Ви першочергово спираєтесь при виконанні протиепідемічних заходів?**

- Суворо дотримуюся діючих офіційних нормативних інструкцій
- Переважно орієнтуюся на власний практичний досвід
- Утримуюсь від відповіді

**БЛОК IV. МЕДИЧНА АКТИВНІСТЬ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ**

**14. Коли саме Ви зазвичай звертаєтесь до лікаря у разі виникнення симптомів захворювання?**

- Оразу при появі перших симптомів хвороби
- Лише після того, як хвороба триває понад три дні
- Взагалі не звертаюся (обираю самолікування або взаємодопомогу колег)

**15. Якщо Ви несвоєчасно звертаєтесь за медичною допомогою, що є основною причиною цього?** *(Оберіть головну причину)*

- Недооцінка серйозності власного захворювання («минеться само»)
- Переконаність у власній професійній компетентності (здатність вилікувати себе самостійно)
- Труднощі доступу до необхідного спеціаліста
- Незадоволеність ставленням колег

**16. Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку щодо наявних хронічних захворювань?**

- Так, перебуваю
- Ні, не перебуваю (хоча маю хронічну патологію)
- Хронічних захворювань не маю

**17. Чи дотримуетесь Ви раціонального режиму харчування протягом робочої зміни?**

- Так, дотримуюсь регулярно
- Ні, не дотримуюсь

**18. Оцініть тривалість безперервної роботи та графік Вашої праці:**

- **Чи доводиться Вам працювати більше 6 годин поспіль без повноцінного відпочинку та обіду?**  
 Так  Ні
- **Чи затримуетесь Ви регулярно на роботі після офіційного завершення Вашої зміни?**  
 Так  Ні

## АНКЕТА

**для медичних працівників щодо доцільності впровадження соціального медичного страхування для працівників сфери охорони здоров'я**

Висловлюємо Вам свою повагу та просимо надати відповіді на запитання анкети стосовно доцільності впровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Дослідження проводиться аспірантом кафедри управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Повідомляємо Вас, що:

участь в дослідженні є анонімною

- участь в дослідженні є абсолютно добровільною;
- Ви можете відмовитися від участі в дослідженні або вийти з нього будь-який момент.
- Ваша участь в дослідженні може бути корисною для Вас,
- Ваша участь у дослідженні може не мати для Вас користі, але в ході дослідження будуть отримані нові знання на користь інших людей та

розвитку медицини;

	<b>Запитання</b>	<b>Так</b>	<b>Ні</b>
1.	Скажіть будь-ласка чи застраховані Ви на випадок хвороби:		
	- Державою		
	- медичним закладом у якому Ви працюєте?		
	- Особисто		
2.	Скажіть будь-ласка чи отримували Ви лікування на основі співоплати?		
3.	Скажіть будь-ласка чи була співплата Вашого лікування більшою за видатки з державного бюджету?		
4.	Скажіть будь-ласка чи співплата Вашого лікування співвідносилася у рівних частинах із видатками з державного бюджету		
5.	Скажіть будь-ласка чи була співплата Вашого лікування була меншою за видатки з державного бюджету?		
	на 75%		
	на 50%		
	на 25%		
6.	Скажіть будь-ласка чи пов'язуєте Ви своє захворювання із:		
	- професійною діяльністю		

	якщо так, то укажіть з якими:		
	- військовими діями (поранення; травмування; психічні розлади тощо)		
7.	Скажіть будь-ласка чи були Ви направлені на санаторно-курортне лікування та\чи реабілітацію		
8.	Якому різновиду страхування Ви б надали перевагу		
	- державному		
	- корпоративному		
	- добровільному		
9.	Як Ви вважаєте чи мають змогу працівники сфери охорони здоров'я та члени їх родин оплачувати власне лікування самостійно?		
10.	Скажіть будь-ласка чи підтримуєте Ви загальнообов'язкове соціальне медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я?		

## Карта експертної оцінки

## Концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я

Шановний експерте! Запрошуємо Вас взяти участь в оцінюванні концептуальної моделі соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Метою експертного оцінювання є визначення наукової обґрунтованості, практичної доцільності та потенційної ефективності запропонованої моделі, а також її відповідності сучасним потребам системи охорони здоров'я України. Оцінювання здійснюється за 10-бальною шкалою, де 1 бал означає мінімальний рівень відповідності критерію, а 10 балів - максимальний рівень відповідності та повну підтримку запропонованого положення. Отримані результати будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукового аналізу та удосконалення концептуальних підходів до впровадження соціального медичного страхування медичних працівників. Ваша експертна думка є важливим внеском у розвиток наукових засад соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Дякуємо за співпрацю!

№	Характеристики моделі загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я	Оцінка за 10-ти бальною шкалою
1	Орієнтованість моделі на забезпечення соціального захисту працівників сфери охорони здоров'я	
2	Модель забезпечує підвищення доступності медичних послуг у межах страхування	
3	Модель передбачає удосконалення надання медичного обслуговування працівникам сфери охорони здоров'я в рамках соціального медичного страхування	
4	Модель забезпечує розширення знань працівників сфери охорони здоров'я та організаторів системи охорони здоров'я щодо функціонування та впровадження соціального медичного страхування, а також принципів фінансування і надання медичних послуг у межах страхової системи.	
5	Модель передбачає покращення фінансового та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я для ефективного функціонування системи соціального медичного страхування	
6	Модель передбачає запровадження нових механізмів взаємодії між надавачами медичних послуг, страховими організаціями та органами управління охороною здоров'я	
7	Модель передбачає розробку нових інформаційно-методичних матеріалів для підвищення обізнаності працівників сфери охорони здоров'я щодо функціонування системи медичного страхування	

Експерт \_\_\_\_\_ П.І.Б.  
 Посада  
 Науковий ступінь  
 Вчене звання  
 Категорія

## ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор з науково-педагогічної роботи  
ДНТ «Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького»  
Ірина СОЛОНИНКО  
« 04 » \_\_\_\_\_ 2026 року



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- Найменування пропозиції для впровадження:** «Обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я».
- Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** кафедра управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
- Автор:** Рудакова Ліна Олегівна, аспірант.
- Джерело інформації:**
  - Рудакова Л.О., Михальчук В.М. (2023). Особливості соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Клінічна і профілактична медицина. Науковий медичний журнал. Clinical and Preventive Medicine*. № 8 (30). (грудень). С. 108-118. DOI: 10.31612/2616-4868.8.2023.13.
  - Рудакова Л.О. (2022). Доктринальна характеристика корпоративного страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. № 2 (92). С. 53-60. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.2.13309>.
- Ким та коли впроваджено:** Кафедра громадського здоров'я ДНТ «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького», 2026 р.
- Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджено у навчальний процес для методичного забезпечення та викладання за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» для лікарів-спеціалістів – слухачів.
- Ефективність впровадження:** - відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
- Зауваження, пропозиції:** Пропонується використовувати обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я для запровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах управління охороною здоров'я, соціальної медицини, громадського здоров'я ВНЗ. Зауважень немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Завідувач кафедри громадського здоров'я ФПДО  
ДНТ «Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького»,  
д.мед.н., професор

Олег ЛЮБІНЕЦЬ



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Проректор з наукової роботи

д.мед.н., професор

« \_\_\_\_\_ » 2025 року



### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я».
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** кафедра управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я імені П.Л.Шупика, , 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. **Автор:** Рудакова Ліна Олегівна, аспірант кафедри
- 3. Джерело інформації:**
  - Рудакова Л.О., Михальчук В.М. (2023). «Особливості соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я». Клінічна і профілактична медицина. Науковий медичний журнал. Clinical and Preventive Medicine. № 8 (30). (грудень). С. 108-118. DOI: 10.31612/2616-4868.8.2023.13
  - Рудакова Л.О. Доктринальна характеристика корпоративного страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. Вересень 2022. № 2 (92). С. 53-60. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.2.13309>
- 4. Ким та коли впроваджено:** Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, 88000, Україна, м. Тернопіль, майдан Волі, 1.
- 5. Ефективність впровадження:** Результати наукових досліджень використані при формуванні методичного забезпечення процесу викладання за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» для лікарів-спеціалістів – слухачів. **Використання розробки показало**, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
- 6. Зауваження, пропозиції:** Пропонується використовувати обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я для запровадження в науково-педагогічний процес на кафедрах управління охороною здоров'я, соціальної медицини, громадського здоров'я ВМНЗ. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри громадського  
здоров'я та управління охороною  
здоров'я ТНМУ  
д.мед.н., професор

 Ганна САТУРСЬКА



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи  
ДВНЗ «Ужгородський  
національний університет»

проф. Іван МИРОНЮК

» \_\_\_\_\_ 2026 року

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я».
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Кафедра управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України П.Л. Шупика, 04112, Україна, Київ, вул. Дорогожицька, 9; Рудакова Л.О.
- 3. Автор:** Рудакова Ліна Олегівна, аспірант кафедри управління охороною здоров'я.
- 4. Джерело інформації:**  
Рудакова Л.О., Михальчук В.М. Особливості соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Клінічна і профілактична медицина*. 2023. № 8 (30). С. 108-118. DOI: 10.31612/2616-4868.8.2023.13;  
Рудакова Л.О. Доктринальна характеристика корпоративного страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 2 (92). С. 53-60. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.2.13309>.
- 5. Ким та коли впроваджено:** кафедра наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет».
- 6. Ефективність впровадження:** результати наукових досліджень використані при формуванні методичного забезпечення освітнього процесу. **Використання розробки показало**, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
- 7. Зауваження, пропозиції:** пропонується використовувати обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я для запровадження в освітній процес на кафедрах управління охороною здоров'я, соціальної медицини, громадського здоров'я.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри наук про здоров'я  
ДВНЗ «Ужгородський  
національний університет»,  
доктор медичних наук, професор

Валерія БРИЧ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.О. Проректор з наукової роботи та  
інновацій НМУ імені О.О. Богомольця  
д.мед.н., професор

Назарій КОБИЛЯК

2025 року

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я».
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Кафедра управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України П.Л. Шупика, 04112, Україна, Київ, вул. Дорогожицька, 9.
- 3. Автор:** Рудакова Ліна Олегівна, аспірант кафедри управління охороною здоров'я
- 4. Джерело інформації:**
  - Рудакова Л.О., Михальчук В.М. (2023). «Особливості соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я». Клінічна і профілактична медицина. Науковий медичний журнал. Clinical and Preventive Medicine. № 8 (30). (грудень). С. 108-118. DOI: 10.31612/2616-4868.8.2023.13
  - Рудакова Л.О. Доктринальна характеристика корпоративного страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. Вересень 2022. № 2 (92). С. 53-60. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.2.13309>
- Ким та коли впроваджено:** Кафедра громадського здоров'я НМУ імені Богомольця О.О., впродовж 2024-2025 рр., протокол № 9/25, від 09.12.2025 р.
- 5. Ефективність впровадження:** Результати наукових досліджень використані при формуванні методичного забезпечення процесу викладання за спеціальністю «Соціальна медицина», «Громадське здоров'я» для студентів, лікарів-спеціалістів – слухачів. Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
- 6. Зауваження, пропозиції:** Пропонується використовувати обґрунтування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я для запровадження в навчально-педагогічний процес на кафедрах громадського здоров'я, управління охороною здоров'я, соціальної медицини вищих навчальних медичних закладах. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри громадського  
здоров'я д.мед.н., професор

Тетяна ГРУЗЄВА