

УДК 336.1:614.2(477)

DOI: <https://doi.org/10.30838/EP.217.143-150>

Бойко А.О.

Київський національний університет ім. Тараса Шевченка

Boyko Artem

Taras Shevchenko National University of Kyiv

<https://orcid.org/0009-0002-2061-722X>

ГІБРИДНІ МОДЕЛІ ЕКОНОМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННИХ ВИКЛИКІВ

У статті здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз фінансово-економічних механізмів забезпечення системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Досліджено еволюцію та здійснено компаративний аналіз класичних моделей фінансування медичної галузі, висвітлено світові тенденції їхньої гібридизації. Проаналізовано адаптивність вітчизняної системи єдиного платника в особі Національної служби здоров'я України до безпрецедентних безпекових, інфраструктурних та демографічних шоків. Окрему увагу приділено теоретичному обґрунтуванню відокремлення ветеранського сегмента медицини та розробці гібридної моделі його фінансування на основі міжнародного досвіду. Розкрито сутність, переваги та координаційні інструменти залучення міжнародної допомоги через багатодонорські трастові фонди задля мінімізації ризиків взаємозамінності коштів та забезпечення стійкості галузі.

Ключові слова: економічне забезпечення, гібридні моделі, охорона здоров'я, ветеранська медицина, воєнні виклики, фінансова стійкість.

HYBRID MODELS FOR THE ECONOMIC SUPPORT OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE CONTEXT OF MILITARY CHALLENGES

The relevance of examining healthcare financial and economic mechanisms stems from the unprecedented structural, infrastructural, and demographic crises induced by full-scale military conflict, requiring the adaptation of peacetime models to conditions of severe fiscal stringency. The main purpose of this study is to conceptualize the theoretical and methodological framework for developing hybrid healthcare financing models, evaluating their resilience during wartime shocks, and designing specialized financial mechanisms to integrate veteran medicine into the national healthcare space.

The methodological foundation of the study relies on a comprehensive application of general scientific and specialized analytical methods. A comparative analysis was utilized to examine classical and modern hybrid healthcare systems globally, alongside international models of veteran medical rehabilitation. The structural-functional approach served to evaluate institutional mechanisms of resource mobilization, risk pooling, and strategic purchasing. The historical-logical method enabled the tracking of healthcare financing evolution, while a systems analysis approach provided the framework for synthesizing adaptive financial mechanisms and formulating policy recommendations.

The research results demonstrate that traditional mono-models of healthcare financing are insufficient under extreme security threats, making hybrid systems combining general taxation, strategic single-payer purchasing, and external donor capital the most viable option. The study proves the institutional resilience of the national single-payer framework in maintaining continuous operational coverage during armed conflicts. Furthermore, four theoretical pillars justify the necessity of a distinct financial arrangement for veteran healthcare: actuarial unpredictability of military trauma, moral imperative of state duty, complex inter-agency coordination, and fiscal protection against budget cuts. An adaptive hybrid model for veteran healthcare based on differential purchasing rates and protected funding channels is formulated. Additionally, the role of multi-donor trust funds in mitigating foreign aid fungibility and preventing financial fragmentation was established.

The practical value of the obtained scientific results lies in providing actionable analytical frameworks and policy tools for state governance institutions, specifically health and veteran ministries. The proposed hybrid financing architecture and coordination mechanisms can be directly implemented to optimize budget allocations, streamline donor assistance, and ensure sustainable, high-quality medical and rehabilitation services for war veterans and affected civilian populations during wartime and post-war reconstruction.

Keywords: economic support, hybrid models, healthcare system, veteran medicine, military challenges, financial sustainability.

JEL Classification: I11, I15, I18, H51.

ISSN друкованої версії: 2224-6282

ISSN електронної версії: 2224-6290

© Бойко А.О., 2026

Постановка проблеми. Трансформація національної системи охорони здоров'я в умовах повномасштабної війни вимагає перегляду класичних теоретико-методологічних підходів до її фінансово-економічного забезпечення. Сучасні безпекові та соціально-економічні виклики зумовили необхідність відходу від моно-модельних систем на користь гібридних механізмів фінансування, здатностей поєднувати базовані на загальних податках державні гарантії, страхові інструменти стратегічних закупівель та міжнародну донорську допомогу. В Україні цей процес ускладнюється кумулятивним впливом критичних чинників: масштабним руйнуванням медичної інфраструктури, дефіцитом внутрішнього фіскального простору, зміною географії попиту через масову міграцію населення, а також виникненням окремого, соціально чутливого сегмента попиту на тривалу високоякісну реабілітацію та лікування ветеранів війни.

За цих обставин виникає необхідність розробки цілісної концепції гібридного фінансування галузі, яка дозволить зберегти стійкість Національної системи охорони здоров'я (НСЗУ) через механізми єдиного платника, забезпечить ефективне залучення й координацію зовнішньої допомоги без ризику її взаємозамінності, а також дозволить сформувати захищені та адаптивні фінансово-інституційні інструменти для інтеграції ветеранської медицини в загальний простір медичних гарантій.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Становлення економіки охорони здоров'я як окремої наукової субдисципліни відбулося завдяки усвідомленню унікальних властивостей медичної допомоги як особливого типу блага [1, с. 946]. Ключовим теоретичним наріжним каменем тут виступає класичне дослідження К. Ерроу, який у своїй роботі у 1963 році довів, що ринок медичної допомоги об'єктивно не здатний функціонувати за класичними моделями досконалої конкуренції через фундаментальну невизначеність як щодо ймовірності захворювання, так і щодо результату лікування, а також через глибоку інформаційну асиметрію між лікарем і пацієнтом [1, с. 945]. Оскільки пацієнт не володіє професійними знаннями, фахівець виступає одночасно і постачальником послуги, і експертом, який визначає доцільний обсяг її споживання. Ця обставина зумовлює об'єктивну необхідність створення компенсуючих неринкових регуляторів, таких як професійна етика, інститути страхування та державний нагляд. Як зазначає Севедофф, висновки Ерроу щодо асиметрії інформації виявилися настільки глибокими й універсальними, що згодом лягли в основу аналізу багатьох інших сегментів економіки, від страхового бізнесу до фінансових ринків [6, с. 139].

Теоретичне обґрунтування ролі публічного сектору у фінансуванні медицини було суттєво розширене завдяки розробці концепції соціально значущих (змішаних) благ. У своїй фундаментальній праці Масгрейв у 1959 році ввів у науковий обіг це поняття, визначивши змішані блага як такі, рівень споживання яких суспільство вважає настільки цінним, що забезпечує їх фінансування через державний бюджет понад те, що надав

би ринок і оплатили б приватні покупці [2, с. 120]. Державне втручання у цьому випадку мотивується не стільки технічними провалами ринку, скільки ціннісними орієнтирами солідарного суспільства.

У сучасних міжнародних дослідженнях панує функціональна концепція, відповідно до якої фінансову систему охорони здоров'я слід оцінювати не за статичними обсягами ресурсів, а за якістю виконання трьох базових функцій: акумулювання фінансових надходжень, солідарного об'єднання індивідуальних ризиків та стратегічного замовлення медичної допомоги [3, с. 602]. Ця методологічна рамка, підтримана рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, орієнтована на забезпечення всезагального доступу до якісних послуг та недопущення фінансового зuboжіння сімей через непередбачувані витрати на лікування [7, с. 25].

Вагомий внесок у дослідження фінансування української системи охорони здоров'я в умовах сучасних криз зробили українські науковці. М. Кужелев та А. Нечипоренко, проаналізувавши динаміку показників фінансування галузі за 2015-2023 рр., довели, що і пандемія COVID-19, і повномасштабне вторгнення РФ стали переломними точками, які загострили необхідність переходу до фінансування, орієнтованого на обсяг і результат наданих медичних послуг [16]. М. Дячук та Зюков О. Л. на новітніх емпіричних даних встановили, що фактичний обсяг фінансування Програми медичних гарантій у 2022-2025 рр. послідовно скорочувався і не відповідав законодавчо визначеному нормативу 5,0% ВВП, а застосування понижуючих коефіцієнтів і лімітів на обсяг послуг спричиняє неповне покриття медичної допомоги та зростання неформальних платежів населення [17]. Окремий напрям становлять дослідження фінансування ветеранського сегмента, де О. Казарян довела, що чинна модель підтримки ветеранів характеризується браком адресності, прогнозованості та прозорості видатків [18].

Водночас поза увагою досліджень залишається важлива проблема, адже жодна з праць не пропонує цілісного гібридного механізму, який би одночасно компенсував хронічне недофінансування в умовах воєнних бюджетних обмежень, забезпечував інституційно відокремлені, але узгоджені з системою єдиного платника фінансові канали ветеранської медицини та гарантував координацію міжнародної донорської допомоги без ризику взаємозамінності.

Мета статті – обґрунтувати теоретико-методологічні засади формування гібридних моделей економічного забезпечення охорони здоров'я в умовах триваючих воєнних шоків, визначити механізми інтеграції ветеранської медицини в загальну систему фінансування галузі та розкрити інструменти координації міжнародної донорської допомоги, що мінімізують ризик взаємозамінності бюджетних коштів.

Методи дослідження. Методологічним фундаментом дослідження виступає інтегрований комплекс загальнонаукових та спеціальних методів пізнання фінансово-економічних процесів. У процесі компаративного аналізу класичних та гібридних систем

фінансування, а також оцінки міжнародного досвіду медичної реабілітації ветеранів було використано порівняльний метод. Структурно-функціональний аналіз дозволив розглянути роль державних інституцій та міжнародних донорів у реалізації функцій мобілізації ресурсів, пулювання ризиків та стратегічних закупівель. Історико-логічний підхід застосовано для відстеження еволюційного поступу фінансових моделей охорони здоров'я та концептуального осмислення теорій Ерроу та Масгрейва. Системний метод став основою для формулювання авторського визначення економічного забезпечення галузі та розробки підсумкових висновків дослідження.

Виклад основних результатів дослідження. Аналіз еволюції світових систем охорони здоров'я свідчить, що кожна держава обирає власну траєкторію побудови медичної галузі залежно від економічних ресурсів, історичних чинників та соціальних пріоритетів. У цьому контексті компаративний аналіз глобального досвіду дозволяє не лише систематизувати різноманітні практичні підходи, а й виокремити три базові теоретико-методологічні моделі фінансового забезпечення: бюджетно-розподільчу (модель Семашка), солідарно-страхову (модель Бісмарка) та ліберальну ринкову [7, с. 18; 9, с. 130].

Перша з них – бюджетна модель, що історично виникла в радянський період, базується на централізованому податковому фінансуванні, державній власності

на заклади інфраструктури та статусі лікарів як державних службовців. Її відмінними ознаками є жорстке ієрархічне планування ліжкового фонду та виражена профілактична спрямованість [9, с. 135].

Альтернативою виступає солідарно- страхова модель Бісмарка, яка функціонує за рахунок обов'язкових цільових відрахувань від заробітної плати працівників та внесків роботодавців, що акумулюються в позабюджетних автономних фондах [9, с. 138]. На відміну від бюджетної системи, тут держава виконує переважно регуляторну функцію, тоді як надавачі послуг можуть мати різні форми власності.

І нарешті, ліберальна модель, класичним втіленням якої є досвід США, спирається на приватне медичне страхування та ринкове ціноутворення. Державна участь у цій системі зведена до мінімуму та обмежена субсидуванням виключно найменш захищених верств населення [9, с. 140].

Зіставлення окреслених інституційних типів за критеріями «трилеми» (табл. 1) фінансування унаочнює наявність між ними глибоких структурних компромісів. Зокрема, бюджетне фінансування гарантує високу соціальну справедливість та універсальне покриття, проте супроводжується низькою технічною ефективністю й хронічним браком ресурсів в умовах бюджетного дефіциту.

Таблиця 1

Компаративний аналіз класичних моделей фінансування охорони здоров'я за критеріями «трилеми»

Модель фінансування	Джерело ресурсів	Рівень технічної ефективності	Рівень соціальної справедливості	Макрофінансова стійкість
Бюджетна (модель Семашка)	Загальні податки державного бюджету	Низький (відсутність конкуренції та стимулів)	Високий (формальне універсальне покриття)	Низький (залежність від бюджетних дефіцитів)
Солідарно- страхова (модель Бісмарка)	Цільові внески роботодавців і працівників	Середній	Високий (перерозподіл ризиків у пулі)	Середній (вразливість до безробіття та криз)
Ліберальна ринкова модель	Приватне (добровільне) страхування, особисті кошти	Високий (ринкові стимули, інновації)	Низький (нерівність доступу, провали ринку)	Високий (комерційна самоокупність)

Джерело: розроблено автором на основі [7, с. 18; 9, с. 130].

Модель Бісмарка забезпечує більшу фінансову стійкість за рахунок цільових внесків, але демонструє чутливість до економічних спадів та зростання безробіття, що автоматично звужує її базу нарахувань. У свою чергу, ліберальна модель стимулює інноваційний розвиток і високу клінічну ефективність, однак створює глибоку майнову нерівність у доступі до медичної допомоги та наражається на проблему несприятливого відбору [9].

Проте часова еволюція у зв'язку з неспроможністю жодної з класичних моделей одноосібно задовольнити весь комплекс вимог зумовила світовий тренд до їх взаємної дифузії та гібридизації. Свідченням цього є досвід Нідерландів, де запроваджено модель регульованої конкуренції, в якій приватні страхові компанії конкурують на жорстко регульованому державою ринку, а доступність гарантується обов'язковістю

страхування та механізмами компенсації ризиків [10]. На Тайвані модель єдиного платника поєднує страхові внески із солідарною консолідацією публічних коштів у межах державного закупівельника, який використовує монополю ринку для стримування витрат через механізм глобальних бюджетів [7, с. 25].

Навіть класична система Німеччини сьогодні є складною гібридною конструкцією, де обов'язкові страхові внески роботодавців і працівників акумулюються в централізованому пулі перерозподілу коштів Gesundheitsfonds, який додатково поповнюється значними податковими субсидіями з федерального бюджету [9, с. 144].

Досвід Казахстану яскраво демонструє складний характер переходу від моделі Семашка до обов'язкового соціального медичного страхування. Перша спроба реформи у 1996-1998 рр. закінчилася невдачею

через слабкість місцевих фінансів та неготовність роботодавців, що змусило повернутися до бюджетної моделі. Тільки після тривалої підготовки у 2015-2016 рр. було створено Фонд обов'язкового медичного страхування, і систему повноцінно запустили з 1 січня 2020 року як доповнення до бюджетного базового пакету [7; 9]. Хоча фінансування медичного сектору зросло вдвічі, станом на 2023 рік сукупні витрати залишалися на рівні 3,8% ВВП, а частка прямих платежів населення становила 27,7%, що вказує на тривалий характер адаптації таких гібридних моделей [7].

Ці світові тенденції мають виняткове значення для України. Створення Національної служби здоров'я України та запуск Програми медичних гарантій ознаменували планомірний відхід від залишків радянської моделі Семашка в бік гібридної системи єдиного платника [12]. Мобілізація фінансових ресурсів продовжує базуватися на загальному оподаткуванні, проте їх розподіл та оплата надавачам медичних послуг тепер здійснюються за допомогою страхового інструментарію (капітаційних ставок та клініко-статистичних груп), що створює стимули для здорової конкуренції та підвищує алокативну ефективність використання бюджетних коштів [4, с. 16].

Разом із тим, розвиток воєнного конфлікту чинить руйнівний вплив на національну економіку, переводячи систему охорони здоров'я в режим екстремальної крихкості. Фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я вказують, що за умов безпекових шоків відбувається катастрофічне звуження внутрішнього фінансового простору, суттєве пошкодження медичної інфраструктури та вимушене зростання частки прямих платежів населення «з власної кишені», що підриває базові засади соціальної справедливості й доступності лікування [8, с. 18].

Історичний досвід затяжних конфліктів у Ємені та Сирії наочно демонструє загрозу інституційного колапсу фінансової системи охорони здоров'я. Зокрема, у Ємені до початку повномасштабного вторгнення (протягом 2000-2014 рр.) частка прямих платежів пацієнтів

у структурі витрат зросла з 43,0% до понад 75,0%, а державні витрати скоротилися з 54,0% до 23,0% [8, с. 20]. За результатами тривалого конфлікту державні асигнування впали до критичного мінімуму в 1,3% ВВП, забезпечуючи покриття лише 41,8% потреб, тоді як 58,2% фінансування надходить із приватних джерел, переважно у формі прямих витрат пацієнтів [8, с. 22]. Сирійський випадок додатково ілюструє високу вразливість до фрагментації та хаотичності зовнішніх фінансових потоків через введення жорстких режимів фінансових транзакцій і раптові дефіцити фінансування [8, с. 24].

На цьому тлі українська модель продемонструвала унікальну життєздатність та резильєнтність, адже центральні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування не призупинили, а продовжили реалізацію інституційної реформи. Національна служба здоров'я України здійснює безперервні виплати опорним закладам та первинній ланці відповідно до Програми медичних гарантій, постійно розширюючи пакети психологічної підтримки та комплексної реабілітації для задоволення нових критичних потреб населення [4, с. 24; 12]. Водночас цю резильєнтність варто трактувати саме в інституційному, а не у фінансовому вимірі: за оцінками М. Дячук та О. Зюкова, фактичний обсяг фінансування Програми медичних гарантій у 2022-2025 рр. послідовно скорочувався і не відповідав законодавчо визначеному нормативу 5,0% ВВП, а застосування понижуючих коефіцієнтів і лімітів на обсяг послуг спричиняло неповне покриття медичної допомоги та зростання неформальних платежів населення [17]. Це свідчить, що безперервність роботи НСЗУ як єдиного платника забезпечувалася значною мірою за рахунок перенесення дефіциту ресурсів на надавачів послуг і пацієнтів, а не завдяки повному збереженню обсягів державного фінансування. Ключові виклики воєнного стану для системи фінансування охорони здоров'я в Україні та відповідні адаптивні механізми забезпечення стійкості узагальнено в табл. 2.

Таблиця 2

**Виклики воєнного стану для системи фінансування охорони здоров'я в Україні
та адаптивні механізми забезпечення стійкості**

Специфічний виклик воєнного стану	Економічні та інфраструктурні наслідки	Інструмент адаптації та реагування системи
<i>Руйнування інфраструктури та дефіцит кадрів</i>	Втрата активів опорних лікарень, вимушена міграція та мобілізація медичного персоналу.	Децентралізована стійкість, перерозподіл лікарень, розгортання мобільних бригад, телемедицина.
<i>Масова міграція населення (ВПО)</i>	Зміна географічної структури попиту; невідповідність капітаційного фінансування.	Оперативне коригування договорів НСЗУ; фінансування слідує за фактично переміщенням пацієнтом.
<i>Зміна структури попиту на послуги</i>	Зростання потреби у невідкладній допомозі, протезуванні та психологічній реабілітації.	Впровадження нових пакетів ПМГ (психічна підтримка на первинному рівні, паліативна допомога).
<i>Фіскальний дефіцит держбюджету</i>	Скорочення внутрішнього фінансового простору через оборонні витрати.	Залучення ODA/DAH через багатодонорські трастові фонди URTF, Heal Ukraine.

Джерело: узагальнено автором на основі [4; 5; 12; 13].

Проте дефіцит внутрішніх бюджетних коштів зумовлює гостру необхідність залучення міжнародної фінансової підтримки, оскільки оцінки Світового банку

свідчать, що потреби на відновлення людського капіталу та медичного сектору України є колосальними [5, с. 12]. У цьому контексті особливої ваги набуває

теоретична концепція взаємозамінності донорської допомоги. Відповідно до якої, відповіддю на надходження зовнішніх цільових ресурсів до медичного сектору може бути прагнення уряду реципієнта до зменшення власних витрат на цю галузь та переспрямування вивіленого капіталу на інші пріоритетні потреби (в умовах воєнного стану – передусім на сектор оборони) [15, с. 320]. Ван де Сейле довів, що ризик заміності суттєво обмежується донорською обумовленістю та активним залученням технічного співробітництва, яке не проходить безпосередньо через державний бюджет [15, с. 325].

Для України ефективним інструментом стимулювання фрагментації та взаємозамінності коштів виступило формування великих багатодонорських

трастових фондів під егідою Світового банку, зокрема, URTF та системного проєкту Heal Ukraine, які об'єднують фінансові потоки багатьох донорів навколо єдиних національних стратегій, погоджених із Міністерством охорони здоров'я України [5, с. 15; 12]. Узагальнене відображення цих потоків показано на рис. 1.

Паралельно з цим, стрімке зростання кількості ветеранів війни та осіб з інвалідністю внаслідок бойових дій постає одним із найскладніших довгострокових викликів для фінансової архітектури вітчизняної охорони здоров'я. Теоретично ветеранський сегмент не може розглядатися як тимчасове додаткове навантаження або механічно інтегруватися у стандартні цивільні пакети медичних послуг.

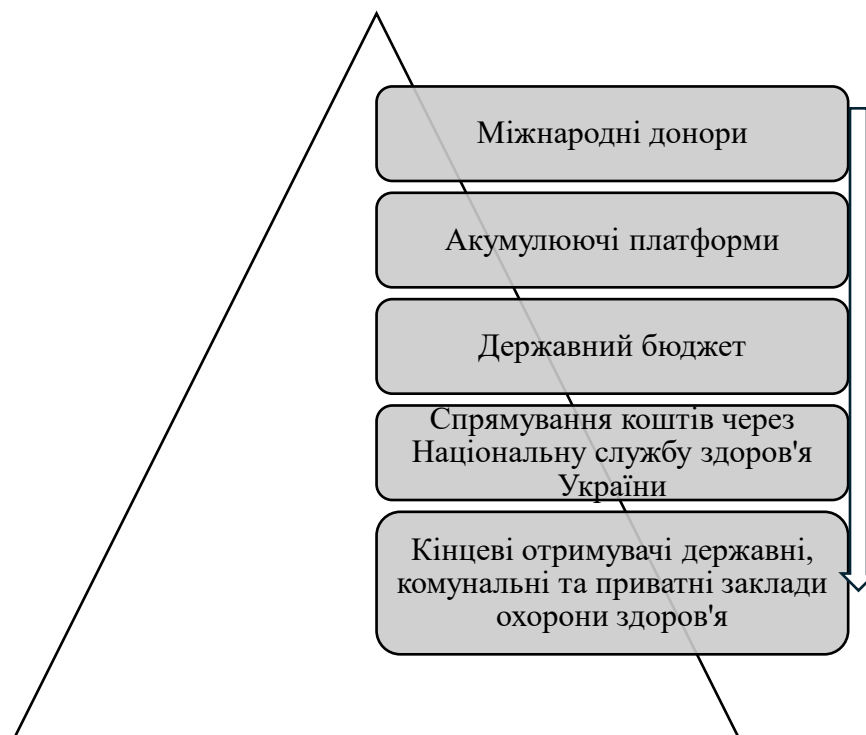


Рис. 1. Потоки донорського фінансування та координація через багатодонорські трастові фонди в умовах війни
Джерело: розроблено автором на основі [5, с. 22; 12; 15, с. 332].

Наукове обґрунтування необхідності формування відокремлених фінансово-інституційних інструментів економічної підтримки ветеранів базується на чотирьох фундаментальних аргументах:

1. Актуарній непередбачуваності, оскільки ризик-профіль ветеранів характеризується концентрованою дією воєнних чинників (мінно-вибухові травми, втрати кінцівок, важкі черепно-мозкові травми, ПТСР), що робить стандартні актуарні моделі цивільного страхування непридатними для точного прогнозування та тарифікації цих витрат;

2. Моральній справедливості, адже, як вказує Олівер, спеціалізована медична підтримка ветеранів відображає суспільний консенсус щодо особливого морального обов'язку держави перед громадянами, які пожертвували здоров'ям заради захисту суверенітету, що виправдовує пріоритетне та повністю безкоштовне лікування поза ринковою логікою [11];

3. Координаційній складності, оскільки ефективне медико-соціальне забезпечення ветеранів потребує холистичного підходу, де поєднуються медична допомога, тривала реабілітація, протезування, психологічна підтримка та соціальна інтеграція, що вимагає складних міжвідомчих зв'язків;

4. Фіскальному захисті, адже у періоди економічної стагнації бюджет на охорону здоров'я часто піддається секвестру, тоді як ветеранські програми, через негнучкий характер потреб, потребують законодавчо захищених каналів фінансування, невідкладних поточних економічних кон'юнктурі [9, с. 146].

У світовій практиці сформувалися три базові інституційні моделі фінансування ветеранського медичного обслуговування. Відокремлена модель США функціонує в межах Veterans Health Administration як автономна державна система прямого надання послуг із власною мережею шпиталів та поліклінік, що

фінансується безпосередньо з федерального бюджету із загальних податків [11]. Інтегрована модель Великої Британії покладає відповідальність за лікування ветеранів на загальну цивільну Національну службу охорони здоров'я, де пріоритетність та додаткове фінансування ветеранського сегмента гарантуються спеціальним державним «Військовим договором» та профільними програмами [14, с. 10]. Гібридна координаційна

модель Ізраїлю передбачає фінансування та координацію реабілітації через Департамент реабілітації Міністерства оборони, тоді як безпосереднє надання медичних послуг здійснюється цивільними лікарняними касами за рахунок коштів військового відомства, що забезпечує гнучкість та інтеграцію ветерана у цивільне життя [14, с. 15]. Порівняльну характеристику даних моделей узагальнено в табл. 3.

Таблиця 3

Порівняльний аналіз міжнародних моделей фінансування ветеранської охорони здоров'я

Критерій порівняння	Відокремлена модель (США)	Гібридна координаційна модель (Ізраїль)	Інтегрована модель (Велика Британія)
Основний інституційний орган	Veterans Health Administration	Департамент реабілітації	Національна служба охорони здоров'я
Джерело фінансування	Окремий федеральний бюджет (загальні податки)	Бюджет оборонного відомства	Загальний бюджет охорони здоров'я + спеціалізовані цільові гранти
Мережа надавачів послуг	Власна мережа шпиталів і поліклінік	Цивільні лікарняні каси (за рахунок коштів Міноборони)	Цивільні заклади через «Військовий договір»
Ключові переваги	Найвища медична спеціалізація під ветеранські потреби	Гнучкість, швидка реінтеграція ветеранів у цивільну систему	Економічна ефективність, універсальність для всього населення
Основні обмеження	Бюрократизація, фінансові дефіцити, складна координація	Напруження бюджету оборони у разі різкого зростання поранених	Ризик черг, потреба у жорсткому контролі пріоритетності

Джерело: сформовано автором на основі [11; 14].

Для України найбільш адаптивним орієнтиром є ізраїльсько-британський досвід часткового відокремлення фінансових потоків у межах загальної інфраструктури. Прийняття Кабінетом Міністрів України Постанови від 21.01.2025 р. № 62 започаткувало механізм розширених медичних послуг для ветеранів на первинному рівні, що фінансується за рахунок окремої бюджетної програми за участю Мінветеранів, МОЗ та НСЗУ [12].

Це рішення, поєднане з нормами Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», створює передумови для формування вітчизняної гібридної ветеранської моделі [12; 13]. У цій моделі НСЗУ виступає стратегічним закупівельником послуг через систему Програми медичних гарантій, але для ветеранського сегмента встановлюються спеціалізовані підвищені тарифи та окремі реабілітаційні пакети, які фінансуються через захищені цільові бюджетні канали із залученням міжнародної донорської підтримки.

Таким чином, запропонована гібридна модель дозволяє подолати інституційну роз'єднаність цивільного та військового секторів медичного забезпечення в Україні. Поєднання моносонної ринкової влади НСЗУ як єдиного стратегічного закупівельника з цільовим регулюванням з боку Мінветеранів та МОЗ гарантує не лише фінансову стійкість системи в умовах воєнних шоків, а й високу соціальну справедливість у виконанні державних зобов'язань перед захисниками. Консолідація внутрішніх бюджетних ресурсів та міжнародного донорського капіталу в межах єдиного фінансово-інституційного контуру створює надійне підґрунтя для переходу від роздріблених екстрених виплат до довгострокової, стійкої та високоякісної реабілітації ветеранів як у період триваючих бойових дій, так і на

етапі повоєнного відновлення держави.

Висновки. На основі здійсненого аналізу та узагальнення концептуальних засад економічного забезпечення охорони здоров'я сформульовано низку підсумкових наукових і практичних результатів.

Насамперед, у роботі систематизовано та порівняно класичні моделі фінансування медичної галузі, що дозволило довести, що сучасний світовий ландшафт характеризується процесами їхньої системної гібридизації. Обґрунтовано, що така трансформація спрямована на подолання внутрішніх структурних суперечностей класичних систем Бісмарка, Семашка та ліберальної, задля досягнення оптимального балансу між технічною ефективністю, соціальною справедливістю й макрофінансовою стійкістю в інтересах забезпечення загального охоплення населення послугами.

Разом із цим, у результаті дослідження специфіки функціонування фінансових систем у умовах крихкості та конфліктів визначено, що на відміну від світового досвіду інституційного колапсу в зонах тривалих воєнних дій українська модель виявила унікальну інституційну резильєнтність. Водночас ця резильєнтність має виражений фінансовий компроміс, де реальне скорочення обсягів фінансування Програми медичних гарантій нижче законодавчого нормативу та зумовлене цим зростання неформальних платежів населення свідчить, що збереження керованості галуззю не тотожне повній фінансовій стійкості системи. Ця інституційна резильєнтність забезпечується збереженням повноцінної функціональності Національної служби здоров'я України як єдиного національного платника, що дозволило утримати керованість галуззю та забезпечити безперебійне фінансування надавачів медичних послуг в умовах воєнного стану.

Окрему увагу приділено теоретичному обґрунтуванню інституційної та фінансової відокремленості ветеранського сегмента охорони здоров'я, яке спирається на чотири фундаментальні аргументи. Доцільно, спираючись на релевантний міжнародний досвід, будувати вітчизняну гібридну модель, в якій спеціалізовані медичні послуги закуповуються НСЗУ через систему Програми медичних гарантій та фінансуються із залученням захищених цільових бюджетних каналів.

Використання багатодонорських трастових фондів виступає найбільш дієвим координаційним механізмом у воєнний період. Такий підхід мінімізує проблему взаємозамінності донорських ресурсів і запобігає фрагментації допомоги, забезпечуючи чітку консолідацію зовнішньої фінансової підтримки навколо

єдиної національної стратегії відновлення людського потенціалу України.

Декларація про використання інструментів штучного інтелекту. У ході підготовки цієї статті було використано інструменти генеративного штучного інтелекту (Gemini, Google, 2026) з метою пошуку, аналізу, первинного відбору та узагальнення релевантної наукової літератури за темою дослідження. Інструменти ШІ не залучалися до створення авторського тексту, формулювання наукових висновків чи інтерпретації результатів. Усі знайдені джерела та надана інформація були критично оцінені, перевірені на предмет достовірності та опрацьовані автором особисто. Автор несе повну відповідальність за науковість, зміст, дані, висновки та актуальний перелік джерел.

Список використаних джерел:

1. Arrow K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 1963. Vol. 53, No. 5. Pp. 941-973. URL: <https://www.aeaweb.org/aer/top20/53.5.941-973.pdf> (дата звернення: 14.06.2026)
2. Musgrave R. A. *The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy*. New York : McGraw-Hill, 1959. 628 p.
3. 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. Pp. 602–611. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>.
4. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген : Всесвіт. орг. охорони здоров'я, Європ. регіон. бюро, 2024. 112 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379577/WHO-EURO-2024-10570-50342-76539-ukr.pdf> (дата звернення: 14.06.2026)
5. Інвестуючи в майбутнє: зміцнення людського розвитку та стійкості в Україні. World Bank Group - International Development, Poverty and Sustainability. URL: <https://www.worldbank.org/uk/results/2026/04/06/investing-in-tomorrow-strengthening-human-development-and-resilience-in-ukraine> (дата звернення: 14.06.2026).
6. Savedoff W. D. Kenneth Arrow and the birth of health economics. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004. Vol. 82, No. 2. Pp. 139–140. URL: <https://www.scielo.org/article/bwho/2004.v82n2/139-140/en/> (дата звернення: 14.06.2026).
7. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. *The World Health Report 2010*. Geneva : World Health Organization, 2010. 106 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/44371> (дата звернення: 14.06.2026).
8. Health financing policy in fragile & conflict-affected situations: A review of the evidence. Geneva : World Health Organization, 2020. 74 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003491> (дата звернення: 14.06.2026).
9. Beckfield J., Olafsdottir S., Sosnaud B. Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence, Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns. *Annual Review of Sociology*. 2013. Vol. 39. Pp. 127–146. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145630> (дата звернення: 14.06.2026).
10. Enthoven A. C., van de Ven W. P. M. M. Going Dutch – Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*. 2007. Vol. 357, No. 24. Pp. 2421–2423. URL: <https://doi.org/10.1056/nejmp078199> (дата звернення: 14.06.2026).
11. Oliver A. The Veterans Health Administration: An American Success Story?. *The Milbank Quarterly*. 2007. Vol. 85, No. 1. Pp. 5–35. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00475.x>
12. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з підтримки та допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та членам родин загиблих, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України : Постанова Каб. Міністрів України від 21.01.2025 № 62 : станом на 20 лют. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62-2025-п#Text> (дата звернення: 03.06.2026).
13. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX : станом на 1 січ. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 03.06.2026).
14. House of Commons Library. Veterans: Access to health services. Research Briefing. London : House of Commons, 2026. 36 p. URL: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-10126/> (дата звернення: 03.06.2026).
15. Van de Sijpe N. Is Foreign Aid Fungible? Evidence from the Education and Health Sectors. *The World Bank Economic Review*. 2013. Vol. 27, No. 2. Pp. 320–356. DOI: <https://doi.org/10.1093/wber/lht001>
16. Kuzheliev M., Nechyporenko A. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів:

український досвід. Європейський науковий журнал Економічних та Фінансових інновацій. 2024. Т. 1, № 13. С. 85–94. DOI: <https://doi.org/10.32750/2024-0109>

17. Diachuk M. D., Diachuk D. D., Zyukov O. L. Problems of financial provision of healthcare in Ukraine under martial law. *Clinical and Preventive Medicine*. 2026. No. 4. Pp. 6–14. DOI: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.4.2026.01>

18. Kazarian O. Financing the social protection of veterans as an element of national security. *Economic Scope*. 2026. No. 214. Pp. 134–141. DOI: <https://doi.org/10.30838/EP.214.134-141>

References:

1. Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973. <https://www.aeaweb.org/aer/top20/53.5.941-973.pdf>
2. Musgrave, R. A. (1959). *The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy*. McGraw-Hill.
3. Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
4. Finansuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini. (2024). Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia, Yevropeiske rehionalne biuro. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379577/WHO-EURO-2024-10570-50342-76539-ukr.pdf>
5. Investuiuchy v maibutnie: zmitsnennia liudskoho rozvytku ta stiikosti v Ukraini. World Bank Group - International Development, Poverty and Sustainability. <https://www.worldbank.org/uk/results/2026/04/06/investing-in-tomorrow-strengthening-human-development-and-resilience-in-ukraine>
6. Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and the birth of health economics. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(2), 139–140. <https://www.scielosp.org/article/bwho/2004.v82n2/139-140/en/>
7. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. *The World Health Report 2010*. (2010). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44371>
8. Health financing policy in fragile & conflict-affected situations: A review of the evidence. (2020). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003491>
9. Beckfield, J., Olafsdottir, S., & Sosnaud, B. (2013). Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence, Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns. *Annual Review of Sociology*, (39), 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145630>
10. Enthoven, A. C., & van de Ven, W. P. M. M. (2007). Going Dutch — Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 357(24), 2421–2423. <https://doi.org/10.1056/nejmp078199>
11. Oliver, A. (2007). The Veterans Health Administration: An American Success Story? *The Milbank Quarterly*, 85(1), 5–35. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00475.x>
12. Pro zatverdzhennia Poriadku vykorystannia koshtiv, peredbachenykh u derzhavnomu biudzheti dlia zdiisnennia zakhodiv z pidtrymky ta dopomohy veteranam viiny, chlenam yikh simei ta chlenam rodyn zahyblykh, ta vyznannia takymy, shcho vtratyly chynnist, deiakykh postanov Kabinetu Ministriv Ukrainy, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 62 (2025) (Ukraine). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62-2025-p#Text>
13. Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia, Zakon Ukrainy № 1053-IX (2021) (Ukraine). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
14. Veterans: Access to health services. Research Briefing. (2024). House of Commons. <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-10126>
15. Van de Sijpe, N. (2013). Is Foreign Aid Fungible? Evidence from the Education and Health Sectors. *The World Bank Economic Review*, 27(2), 320–356. <https://doi.org/10.1093/wber/lht001>
16. Kuzheliev, M., & Nechyporenko, A. (2024). Finansuvannia okhorony zdorovia v umovakh hlobalnykh vyklykiv: ukrainskyi dosvid. *Ievropeyskyi naukovyi zhurnal Ekonomichnykh ta Finansovykh innovatsii*, 1(13), 85–94. <https://doi.org/10.32750/2024-0109>
17. Diachuk, M. D., Diachuk, D. D., & Zyukov, O. L. (2026). Problems of financial provision of healthcare in Ukraine under martial law. *Clinical and Preventive Medicine*, (4), 6–14. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.4.2026.01>
18. Kazarian, O. (2026). Financing the social protection of veterans as an element of national security. *Economic Scope*, (214), 134–141. <https://doi.org/10.30838/ep.214.134-141>

Дата надходження статті: 07.08.2026 р.

Дата прийняття статті до друку: 21.09.2026 р.

Дата публікації (оприлюднення) статті: 01.10.2026 р.

Стаття поширюється на умовах ліцензії Creative Commons Attribution License International CC-BY.