УДК 368.025.6:614.2(73:477)
DOI: https://doi.org/10.32782/2415-3583/42.8

Кадебська Е.В.
кандидат економічних наук,
доцент кафедри права та економіко-фінансової безпеки
Академія рекреаційних технологій і права
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0707-6222

СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В США ТА УКРАЇНІ: ДОСВІД ТА МОЖЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ

У статті здійснено порівняльний аналіз систем публічного медичного страхування США та державного фінансування медичної допомоги в Україні. Визначено особливості організації та фінансування програм Medicare, Medicaid і CHIP, а також Програми медичних гарантій. Обґрунтовано напрями адаптації окремих американських механізмів до українських умов: диференційованого співфінансування, керованої медичної допомоги (Managed Care), розвитку добровільного медичного страхування, офіційно врегульованої співоплати та цифрового контролю. Запропоновано застосування принципу диференційованої участі бюджетів різних рівнів у фінансуванні медичних програм, аналогічного FMAP, з урахуванням фінансової спроможності територій. Обґрунтовано доцільність соціальних запобіжників для обмеження фінансового навантаження на пацієнтів.

Ключові слова: *медичне страхування, публічне фінансування охорони здоров'я, Medicare, Medicaid, Managed Care, Програма медичних гарантій, добровільне медичне страхування, фінансовий захист, державне регулювання.*

Постановка проблеми. На сучасному етапі розвитку України система охорони здоров'я та її фінансове забезпечення є важливими складовими соціальної та економічної стабільності держави. Попри функціонування Програми медичних гарантій, значне фінансове навантаження на охорону здоров'я продовжують нести домогосподарства, що зумовлює необхідність удосконалення механізмів фінансування медичної допомоги.

Актуальним є пошук ефективного поєднання державного фінансування та страхових механізмів. У цьому контексті важливим є досвід США, де державні програми Medicare, Medicaid та CHIP функціонують у взаємодії з приватним медичним страхуванням.

Дослідження американської моделі дає змогу визначити механізми, які можуть бути адаптовані до українських умов, зокрема у сфері співфінансування медичних витрат (copayment), розвитку добровільного та корпоративного медичного страхування, а також удосконалення державної фінансової підтримки системи охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретико-методологічні засади страхового захисту та функціонування страхового ринку, а також зарубіжні моделі медичного страхування й механізми фінансування охорони здоров'я досліджено у працях українських науковців, зокрема Д. Гавриченка та О. Штирьова [1], Л. М. Горбач та Е. В. Кадебської [2], Л. А. Костирко та Е. В. Чернодубової [3], А. В. Крушинської та Д. І. Гриценко [4], Д. В. Поповича та М. В. Капітанчук [5], а також І. М. Федорович [6].

Значний масив міжнародних досліджень присвячено оцінці державного медичного страхування у США. Результати Орегонського експерименту, висвітлені K. Baicker, S. L. Taubman, H. L. Allen та ін. [7], засвідчили збільшення використання медичних послуг та зменшення фінансового навантаження на населення після розширення Medicaid. Запровадження Medicare, за даними A. Finkelstein та R. McKnight [8], суттєво зменшило фінансовий ризик, пов'язаний із витратами на медичну допомогу з власних коштів, серед людей похилого віку. Систематичні огляди досліджень розширення страхового покриття в межах ACA, проведені B. D. Sommers, R. J. Blendon, E. J. Orav та A. M. Epstein [9], O. Mazurenko, C. P. Balio, R. Agarwal та ін. [15], A. Soni, L. R. Wherry та K. I. Simon [16], M. Bellerose, L. Collin та J. R. Daw [17], а також G. Y. Jiang, J. W. Urwin та J. H. Wasfy [18], свідчать про переважно позитивний вплив на доступ до медичної допомоги та окремі показники здоров'я.

Організаційно-фінансові механізми функціонування Medicare, Medicaid та CHIP, зокрема Federal Medical Assistance Percentage (FMAP) і Managed Care, висвітлено в офіційних матеріалах Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) та Medicaid.gov [10–14; 19–20]. Дані CMS щодо національних витрат на охорону здоров'я використовуються для оцінки структури фінансування та прямих витрат населення [13].

Сучасний стан фінансування охорони здоров'я України та рівень фінансового захисту населення досліджено у матеріалах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [21; 22] та Європейського обсерваторію з систем та політики охорони здоров'я [23]. Вони засвідчують збереження значної частки прямих витрат населення попри функціонування Програми медичних гарантій [22; 23]. Нормативною основою системи державних фінансових гарантій є Закон України № 2168-VIII «Про державні

© Кадебська Е.В., 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)

фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [24].

Метою статті є порівняльний аналіз систем публічного медичного страхування США та України, визначення їх фінансово-організаційних особливостей і обґрунтування можливостей адаптації окремих механізмів американського досвіду з урахуванням особливостей української системи охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. Система публічного медичного страхування США характеризується поєднанням федерального регулювання та децентралізованого адміністрування окремих програм на рівні штатів, що зумовлює відмінності в умовах їх реалізації, фінансуванні та організації медичної допомоги [1, с. 78–80]. Основними публічними програмами є Medicare, Medicaid та CHIP, кожна з яких орієнтована на визначені категорії населення та має особливості організації й фінансування [10; 11; 20].

Основні програми публічного страхування США:

– Medicare – федеральна програма медичного страхування, яка переважно забезпечує покриття осіб віком 65 років і старше, а також окремих молодших категорій населення. Програма включає частини Part A (стаціонарна допомога), Part B (медичні та амбулаторні послуги), Part C (Medicare Advantage) та Part D (рецептурні лікарські засоби) [10; 14]. Запровадження Medicare було пов'язане зі значним зменшенням фінансового ризику, пов'язаного з витратами на медичну допомогу з власних коштів, серед людей похилого віку [8, с. 1650–1655];

– Medicaid – спільна федерально-штатна програма, що забезпечує медичне страхування визначених категорій населення, зокрема малозабезпечених осіб, дітей, вагітних жінок та осіб з інвалідністю [11; 12]. Дослідження свідчать про позитивний вплив розширення Medicaid на використання медичних послуг та фінансовий захист населення [7, с. 1718–1720; 15, с. 946–948];

– CHIP (Children's Health Insurance Program) – програма медичного страхування дітей із сімей, дохід яких перевищує встановлений для Medicaid рівень, але є недостатнім для придбання приватного страхування [20].

Фінансування Medicare здійснюється переважно за рахунок спеціальних податків, загальних бюджетних надходжень та внесків застрахованих осіб [13; 14]. Medicaid та CHIP фінансуються спільно федеральним урядом і штатами [11; 12]. Ключовим механізмом федерального співфінансування Medicaid є Federal Medical Assistance Percentage (FMAP), який визначає частку федеральної участі у фінансуванні програми залежно, зокрема, від рівня доходів населення штату [12].

Значна частина Medicaid реалізується із використанням моделей Managed Care. У межах таких моделей державні програми укладають договори з організаціями керованої медичної допомоги (Managed Care Organizations, MCO), які організовують надання медичних послуг та можуть отримувати оплату на основі фіксованої суми на одного застрахованого (capitation) [19]. Це дає змогу поєднувати публічне фінансування з механізмами управління обсягом, якістю та вартістю медичної допомоги.

Українська система охорони здоров'я протягом останніх років трансформується від моделі бюджетного утримання закладів до моделі стратегічної закупівлі медичних послуг із централізованою роллю державного платника в межах Програми медичних гарантій (ПМГ) [21, с. 15–22].

Ключовим елементом публічного фінансування є ПМГ, нормативно закріплена Законом України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [24]. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виступає єдиним національним стратегічним закупівельником медичних послуг та здійснює фінансування надавачів на договірній основі в межах ПМГ [21, с. 34–38; 23, с. 8–12].

Основним джерелом фінансування ПМГ є кошти Державного бюджету України, що спрямовуються на оплату гарантованих державою медичних послуг відповідно до бюджетного законодавства та законодавства у сфері охорони здоров'я [21, с. 42–45; 24]. На відміну від моделей соціального медичного страхування, фінансування ПМГ не ґрунтується на обов'язкових страхових внесках до окремого фонду медичного страхування.

НСЗУ укладає договори про медичне обслуговування населення з надавачами медичних послуг незалежно від форми власності, зокрема комунальними та приватними закладами охорони здоров'я, а також фізичними особами – підприємцями [23, с. 14–16; 24]. Оплата медичних послуг у межах ПМГ здійснюється за диференційованими моделями залежно від виду медичної допомоги: на первинному рівні застосовується капітаційний принцип оплати, а для спеціалізованої медичної допомоги використовуються, зокрема, оплата за пролікований випадок із застосуванням діагностично-споріднених груп (DRG) та глобальні бюджети [3].

Попри розширення пакетів ПМГ, рівень прямих приватних витрат населення (out-of-pocket / OOP) залишається високим і становить близько половини загальних витрат на охорону здоров'я [22; 23]. Основний тягар фінансового навантаження припадає на придбання лікарських засобів, а також оплату стаціонарної медичної допомоги, причому ризик катастрофічних витрат особливо високий для домогосподарств із низькими доходами [22, с. 28–35; 22, с. 40–44].

Добровільне медичне страхування (ДМС) в Україні функціонує переважно як окремий сегмент страхового ринку, доповнюючи державне фінансування медичної допомоги [3, с. 51–52; 5, с. 66–68; 6, с. 73–75]. Частка ДМС у загальному структурованому обсязі фінансування галузі є незначною та охоплює переважно корпоративний сектор у великих містах [3, с. 51–52; 5, с. 66–68]. Водночас нормативно-правове регулювання доповнюючого (supplementary) та паралельного медичного страхування залишається недостатньо розвиненим, зокрема щодо ролі приватних страховиків у покритті витрат на послуги поза пакетом ПМГ [5, с. 68–69; 6, с. 75–76].

Порівняльна характеристика систем публічного фінансування та організації медичної допомоги в США та Україні наведена в таблиці 1.

Досвід США дає підстави для адаптації окремих механізмів фінансування та організації медичної допомоги в Україні [1, с. 84–86]. Основними напрямами є диференційоване співфінансування, розвиток елемен-

Таблиця 1 – Порівняльна характеристика систем публічного фінансування та організації медичної допомоги в США та Україні

Критерій порівняння	США (Medicare, Medicaid, CHIP)	Україна (Програма медичних гарантій)
Джерела фінансування	Диференційовані залежно від програми: Medicare фінансується переважно за рахунок федеральних податків, загальних доходів федерального бюджету та премій застрахованих; Medicaid і CHIP фінансуються спільно федеральним урядом та штатами.	Кошти Державного бюджету України в межах Програми медичних гарантій; фінансування не ґрунтується на обов'язкових страхових внесках до окремого фонду медичного страхування.
Охоплення населення	Категоріальне: особи віком 65 років і старше та окремі категорії молодших осіб (Medicare); малозабезпечені та інші визначені законодавством категорії населення, зокрема діти й вагітні жінки (Medicaid/CHIP).	Широке охоплення населення державними фінансовими гарантіями медичної допомоги відповідно до законодавства України.
Роль держави	Федеральне регулювання та фінансування у поєднанні з участю штатів в адмініструванні й співфінансуванні окремих програм.	Централізоване державне регулювання та стратегічна закупівля медичних послуг через НСЗУ в межах Програми медичних гарантій.
Роль приватних страховиків	Значна: приватні страхові організації беруть участь в адмініструванні та організації надання медичної допомоги в межах окремих публічних програм, зокрема Medicare Advantage та Medicaid Managed Care.	Обмежена: приватні страховики переважно функціонують у сегменті добровільного медичного страхування, тоді як механізм ПМГ передбачає закупівлю медичних послуг безпосередньо НСЗУ.
Механізм оплати послуг	Комбінація різних моделей оплати залежно від програми та виду допомоги, зокрема capitation у Managed Care, оплати за послугу (Fee-for-Service) та оплати стаціонарної допомоги на основі діагностично-споріднених груп (DRG).	Диференційовані моделі оплати залежно від виду медичної допомоги: капітаційний принцип на первинному рівні, оплата за пролікований випадок із застосуванням DRG та інші моделі, зокрема глобальні бюджети, для окремих видів спеціалізованої допомоги.
Участь пацієнта у витратах на медичну допомогу	Застосовуються різні форми участі пацієнта у витратах залежно від програми та виду страхового покриття, зокрема deductible, copayment та coinsurance.	У межах ПМГ медична допомога надається відповідно до державних фінансових гарантій; законодавчо визначена система співоплат як складова ПМГ не сформована.
Фінансовий захист населення	Диференційований: рівень фінансового захисту залежить від програми та виду страхового покриття; окремі програми передбачають механізми обмеження витрат пацієнта з власних коштів.	Недостатній: значна частка прямих витрат населення припадає на лікарські засоби та медичні вироби; ООР становлять близько половини загальних витрат на охорону здоров'я.
Цифровізація та контроль	Розвинені електронні системи обліку та обміну медичною інформацією (EHR), а також механізми виявлення та запобігання шахрайству і неналежному використанню публічних коштів.	Електронна система охорони здоров'я (eHealth), сервіси НСЗУ, автоматизований моніторинг виконання договорів.
Взаємодія державного і приватного секторів	Значна інтеграція: публічні кошти можуть спрямовуватися приватним організаціям керованої медичної допомоги (MCO) для організації та надання медичних послуг.	Обмежена інтеграція: заклади приватної форми власності можуть укладати договори з НСЗУ на рівних умовах з комунальними.

Джерело: сформовано та систематизовано автором на основі [1; 3; 4; 6–14; 19–24]

тів Managed Care, розширення добровільного медичного страхування, запровадження прозорих механізмів співоплати та посилення цифрового контролю.

Диференційоване співфінансування. Пропонується нормативно закріпити механізм диференційованого співфінансування медичних програм між державним та місцевими бюджетами з урахуванням фінансової спроможності територій. Орієнтиром може слугувати принцип диференційованої участі бюджетів різних рівнів, реалізований у США через Federal Medical Assistance Percentage (FMAP) [12]. З огляду на значну частку закладів охорони здоров'я комунальної форми власності та роль регіональних і місцевих органів влади в їх управлінні [23] доцільно посилити участь місцевих бюджетів у розвитку регіональних медичних програм та оновленні матеріально-технічної бази.

Розвиток елементів Managed Care. Досвід Medicaid Managed Care свідчить про можливість використання організацій керованої медичної допомоги (MCO) для управління вартістю, обсягом та якістю медичних послуг [19]. Доцільно розглянути адаптацію окремих інструментів керованої медичної допомоги до діяльності НСЗУ та об'єднань надавачів медичних послуг.

Розвиток добровільного медичного страхування. ДМС доцільно надати доповнюючу (supplementary) функцію щодо ПМГ, зокрема для покриття витрат на розширене медикаментозне забезпечення, додатковий сервіс у стаціонарах, стоматологічні послуги та профілактичні скринінги [2, с. 130–132; 5, с. 69–70; 6, с. 75–76]. Як авторський крок пропонується запровадити податкові стимули для роботодавців, зокрема розширити можливості врахування витрат на ДМС працівників у складі витрат підприємств відповідно до законодавства.

Запровадження прозорих механізмів співоплати. З огляду на поширеність неформальних та інших прямих платежів населення [22, с. 55–58] доцільно розглянути офіційно врегульовану співоплату за чітко

визначені послуги, що не входять до гарантованого пакета ПМГ [24]. Для запобігання надмірному фінансовому навантаженню пропонується встановити граничний рівень річних витрат пацієнтів на медичну допомогу та передбачити компенсацію додаткових витрат після досягнення визначеного законодавством порогу за рахунок державного або страхового механізму.

Удосконалення оплати та цифрового контролю. Важливим напрямом удосконалення діяльності НСЗУ є впровадження окремих елементів Value-Based Care (оплати за результат) та посилення автоматизованого ризик-орієнтованого моніторингу даних eHealth для верифікації фактично наданих послуг і запобігання дублюванню послуг та некоректному кодуванню випадків [19; 23, с. 22–24].

Практична реалізація цього напряму може передбачати двокомпонентний капітаційний тариф на первинній ланці: базовий – за прикріпленого пацієнта та стимулюючий – за досягнення визначених показників якості, зокрема охоплення плановою вакцинацією, раннього виявлення онкопатологій та належної компенсації хронічних серцево-судинних захворювань. Додатково пропонується створити цифровий «Особистий кабінет пацієнта» на базі eHealth/«Дія», де пацієнт зможе бачити вартість наданих йому в межах ПМГ послуг та підтверджувати факт їх отримання.

Впровадження запропонованої комплексної моделі, на нашу думку, сприятиме прозорішому розподілу фінансових зобов'язань між державою, страховими компаніями та пацієнтами, диверсифікації джерел фінансування та посиленню фінансового захисту населення з урахуванням необхідності збереження доступності гарантованої медичної допомоги.

Висновки. Проведене дослідження показало, що вдосконалення системи фінансування медичної допомоги в Україні доцільно здійснювати з урахуванням окремих механізмів, апробованих у системі публічного медичного страхування США. Основними напрямами адаптації визначено диференційоване співфінансування, стратегічну закупівлю медичних послуг, елементи керованої медичної допомоги, розвиток добровільного медичного страхування та цифровий контроль за використанням публічних коштів.

Основними напрямами трансформації Програми медичних гарантій визначено:

– удосконалення механізмів співфінансування: запровадження диференційованої участі державного та місцевих бюджетів у фінансуванні медичних програм з урахуванням фінансової спроможності територій за принципом, аналогічним FMAP;

– розвиток доповнюючого добровільного медичного страхування та механізмів співоплати: нормативне закріплення доповнюючої функції ДМС, запровадження податкових стимулів для роботодавців та офіційно врегульованих механізмів співоплати із соціальними запобіжниками для обмеження фінансового навантаження на пацієнтів;

– удосконалення систем оплати та цифрового контролю: доповнення чинних моделей оплати компонентами, пов'язаними з якістю та результативністю медичної допомоги (Value-Based Care), а також розширення інструментів eHealth для верифікації фактично наданих послуг і ризик-орієнтованого моніторингу.

Реалізація запропонованих напрямів сприятиме ефективнішому використанню публічних коштів, посиленню фінансового захисту населення, підвищенню прозорості фінансування та якості медичної допомоги. Подальші дослідження доцільно зосередити на розробленні нормативних і фінансових механізмів адаптації запропонованих інструментів до української системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Гавриченко Д., Штирьов О. Досвід зарубіжних країн щодо функціонування моделей фінансування систем охорони здоров'я та практичного впровадження медичного страхування. *Наукові перспективи. Серія «Державне управління».* 2024. № 4 (46). С. 75–89. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4(46)-75-89

2. Горбач Л. М., Кадебська Е. В. Страхування : підручник. Київ : Кондор, 2016. 544 с.

3. Костирко Л. А., Чернодубова Е. В. Пріоритети фінансового забезпечення розвитку медичного страхування в Україні: аналіз, моделі фінансування, світовий досвід. *Агросвіт.* 2025. № 8. С. 47–53. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6792.2025.8.47

4. Крушинська А. В., Гриценко Д. І. Зарубіжний досвід систем медичного страхування. *Молодий вчений*. 2025. № 3 (134). С. 168–174. DOI: https://doi.org/10.32839/2304-5809/2025-3-134-33

5. Попович Д. В., Капітанчук М. В. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений*. 2022. № 10 (110). С. 64–70. DOI: https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-10-110-14

6. Федорович І. М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Інвестиції: практика та досвід.* 2023. № 6. С. 72–76. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.6.72

7. Baicker K., Taubman S. L., Allen H. L., Bernstein M., Gruber J. H., Newhouse J. P., Schneider E. C., Wright B. J., Zaslavsky A. M., Finkelstein A. N. The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 2013. Vol. 368, No. 18. P. 1713–1722. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMsa1212321

8. Finkelstein A., McKnight R. What Did Medicare Do? The Initial Impact of Medicare on Mortality and Out of Pocket Medical Spending. *Journal of Public Economics*. 2008. Vol. 92, No. 7. P. 1644–1668. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2007.10.005

9. Sommers B. D., Blendon R. J., Orav E. J., Epstein A. M. Changes in Utilization and Health Among Low-Income Adults After Medicaid Expansion or Expanded Private Insurance. *JAMA Internal Medicine*. 2016. Vol. 176, No. 10. P. 1501–1509. DOI: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.4419

10. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare Program – General Information. 2026. URL: https://www.cms.gov/about-cms/what-we-do/medicare

11. Medicaid.gov. Medicaid. 2026. URL: https://www.medicaid.gov/medicaid

12. Medicaid.gov. Financial Management. 2026. URL: https://www.medicaid.gov/medicaid/financial-management

13. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Data: Historical. 2026. URL: https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/historical

14. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2026 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. 2026. URL: https://www.cms.gov/oact/tr/2026

15. Mazurenko, O., Balio, C. P., Agarwal, R., Carroll, A. E., & Menachemi, N. The Effects of Medicaid Expansion Under the ACA: A Systematic Review. *Health Affairs*. 2018.Vol. 37, No. 6, pp. 944–950. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1491

16. Soni A., Wherry L. R., Simon K. I. How Have ACA Insurance Expansions Affected Health Outcomes? Findings From the Literature. *Health Affairs*. 2020. Vol. 39, No. 3. P. 371–378. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01436

17. Bellerose M., Collin L., Daw J. R. The ACA Medicaid Expansion and Perinatal Insurance, Health Care Use, and Health Outcomes: A Systematic Review. *Health Affairs.* 2022. Vol. 41, No. 1. P. 60–68. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01150

18. Jiang G. Y., Urwin J. W., Wasfy J. H. Medicaid Expansion Under the Affordable Care Act and Association With Cardiac Care: A Systematic Review. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2023. Vol. 16, No. 6. e009753. DOI: https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.122.009753

19. Medicaid.gov. Managed Care. 2026. URL: https://www.medicaid.gov/medicaid/managed-care

20. Medicaid.gov. Children's Health Insurance Program (CHIP). 2026. URL: https://www.medicaid.gov/chip

21. World Health Organization Regional Office for Europe. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. 110 p. URL: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964

22. World Health Organization Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine 2023. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023. 110 p. ISBN 978-92-890-6016-5. URL: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060165

23. European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in action 2024: Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. 24 p. ISBN 978-92-890-5986-2. URL: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine-2024

24. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19

References:

1. Havrychenko, D., & Shtyrov, O. (2024). Dosvid zarubizhnykh krain shchodo funktsionuvannia modelei finansuvannia system okhorony zdorovia ta praktychnoho vprovadzhennia medychnoho strakhuvannia [Foreign experience in the functioning of health care financing models and practical implementation of health insurance]. *Naukovi perspektyvy. Seriia "Derzhavne upravlinnia"*, Vol. 2024, No. 4 (46), pp. 75–89. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4(46)-75-89

2. Horbach, L. M., & Kadebska, E. V. (2016). Strakhuvannia [Insurance]. Kyiv: Kondor.

3. Kostyrko, L. A., & Chernodubova, E. V. (2025). Priorytety finansovoho zabezpechennia rozvytku medychnoho strakhuvannia v Ukraini: analiz, modeli finansuvannia, svitovyi dosvid [Priorities of financial support for the development of health insurance in Ukraine: Analysis, financing models, and international experience]. *Ahrosvit*, Vol. 2025, No. 8, pp. 47–53. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6792.2025.8.47

4. Krushynska, A. V., & Hrytsenko, D. I. (2025). Zarubizhnyi dosvid system medychnoho strakhuvannia [Foreign experience of health insurance systems]. *Molodyi vchenyi*, Vol. 2025, No. 3 (134), pp. 168–174. DOI: https://doi.org/10.32839/2304-5809/2025-3-134-33

5. Popovych, D. V., & Kapitanchuk, M. V. (2022). Funktsionuvannia systemy medychnoho strakhuvannia: zarubizhnyi dosvid ta mozhlyvosti yoho vykorystannia v Ukraini [Functioning of the health insurance system: Foreign experience and possibilities of its use in Ukraine]. *Molodyi vchenyi*, Vol. 2022, No. 10 (110), pp. 64–70. DOI: https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-10-110-14

6. Fedorovych, I. M. (2023). Medychne strakhuvannia: dosvid zarubizhnykh krain ta mozhlyvosti dlia Ukrainy [Health insurance: Experience of foreign countries and opportunities for Ukraine]. *Investytsii: praktyka ta dosvid*, Vol. 2023, No. 6, pp. 72–76. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.6.72

7. Baicker, K., Taubman, S. L., Allen, H. L., Bernstein, M., Gruber, J. H., Newhouse, J. P., Schneider, E. C., Wright, B. J., Zaslavsky, A. M., & Finkelstein, A. N. (2013). The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 368, No. 18, pp. 1713–1722. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMsa1212321

8. Finkelstein, A., & McKnight, R. (2008). What Did Medicare Do? The Initial Impact of Medicare on Mortality and Out of Pocket Medical Spending. *Journal of Public Economics*, Vol. 92, No. 7, pp. 1644–1668. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2007.10.005

9. Sommers, B. D., Blendon, R. J., Orav, E. J., & Epstein, A. M. (2016). Changes in Utilization and Health Among Low-Income Adults After Medicaid Expansion or Expanded Private Insurance. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 176, No. 10, pp. 1501–1509. DOI: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.4419

10. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2026). Medicare Program – General Information. Available at: https://www.cms.gov/about-cms/what-we-do/medicare

11. Medicaid.gov. (2026). Medicaid. Available at: https://www.medicaid.gov/medicaid

12. Medicaid.gov. (2026). Financial Management. Available at: https://www.medicaid.gov/medicaid/financial-management

13. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2026). National Health Expenditure Data: Historical. Available at: https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/historical

14. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2026). 2026 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. Available at: https://www.cms.gov/oact/tr/2026

15. Mazurenko, O., Balio, C. P., Agarwal, R., Carroll, A. E., & Menachemi, N. (2018). The Effects of Medicaid Expansion Under the ACA: A Systematic Review. *Health Affairs*, Vol. 37, No. 6, pp. 944–950. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1491

16. Soni, A., Wherry, L. R., & Simon, K. I. (2020). How Have ACA Insurance Expansions Affected Health Outcomes? Findings From the Literature. *Health Affairs*, Vol. 39, No. 3, pp. 371–378. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01436

17. Bellerose, M., Collin, L., & Daw, J. R. (2022). The ACA Medicaid Expansion and Perinatal Insurance, Health Care Use, and Health Outcomes: A Systematic Review. *Health Affairs*, Vol. 41, No. 1, pp. 60–68. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01150

18. Jiang, G. Y., Urwin, J. W., & Wasfy, J. H. (2023). Medicaid Expansion Under the Affordable Care Act and Association With Cardiac Care: A Systematic Review. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, Vol. 16, No. 6, pp. e009753. DOI: https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.122.009753

19. Medicaid.gov. (2026). Managed Care. Available at: https://www.medicaid.gov/medicaid/managed-care
20. Medicaid.gov. (2026). Children's Health Insurance Program (CHIP). Available at: https://www.medicaid.gov/chip
21. World Health Organization Regional Office for Europe. (2024). Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Available at: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964
22. World Health Organization Regional Office for Europe. (2023). Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Ukraine 2023. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-6016-5. Available at: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060165
23. European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). Health Systems in Action 2024: Ukraine. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-5986-2. Available at: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine-2024
24. Verkhovna Rada of Ukraine. (2017). Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia: Zakon Ukrainy vid 19.10.2017 No. 2168-VIII [On State Financial Guarantees of Health Care Services for the Population: Law of Ukraine No. 2168-VIII]. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19

Kadebska Eleonora
Academy of Recreational Technologies and Law

PUBLIC HEALTHCARE FINANCING SYSTEMS IN THE US AND UKRAINE: EXPERIENCE AND ADAPTATION OPPORTUNITIES

The article provides a comparative analysis of the public health insurance systems of the United States and the system of public financing of health care in Ukraine. The study examines the organizational and financial features of Medicare, Medicaid, the Children's Health Insurance Program (CHIP), and the Ukrainian Program of Medical Guarantees, focusing on the distribution of financial responsibilities between levels of government, mechanisms for purchasing and paying for health care services, participation of private insurers and providers, patient out-of-pocket expenditures, and digital monitoring of public funds. The analysis shows that the Ukrainian model differs from classical social health insurance because the Program of Medical Guarantees is financed primarily from the State Budget and does not rely on mandatory contributions to a separate health insurance fund. The study substantiates directions for adapting selected organizational and financial instruments of the U.S. experience to Ukrainian conditions, including differentiated co-financing of health care programs, selected elements of Managed Care, development of supplementary voluntary health insurance, regulated co-payments, and strengthened digital control over public funds. The article proposes a differentiated participation of budgets at different levels in financing health care programs, with the level of participation adjusted to the financial capacity of territories, as well as supplementary voluntary health insurance to cover services and expenses outside the guaranteed package. The study also proposes formally regulated co-payments for clearly defined services not included in the guaranteed package, combined with social safeguards to prevent excessive financial pressure on patients. Particular attention is paid to financial protection of households through the establishment of a maximum annual level of patient expenditure on health care and mechanisms for covering additional expenses after the defined threshold is reached. In health care purchasing and payment, the study proposes combining existing payment models with selected elements of value-based payment and risk-oriented digital monitoring. The proposed measures are aimed at improving the efficiency and transparency of public financing, diversifying health care funding sources, strengthening financial protection, and improving the quality and accessibility of medical services in Ukraine.

Keywords: *health insurance, public health care financing, Medicare, Medicaid, Managed Care, Program of Medical Guarantees, voluntary health insurance, financial protection, public regulation.*

JEL classification: I13, I18, G22, H51, H77

Дата надходження статті: 08.09.2026
Дата прийняття статті до публікації: 05.10.2026
Дата публікації статті: 29.10.2026