

УДК 336.1

JEL I18, G22, F53, O57

<https://orcid.org/0000-0002-2343-6988>

<https://orcid.org/0000-0001-9670-7198>

<https://orcid.org/0000-0001-8649-9014>

DOI <https://doi.org/10.17721/tppe.2026.52.14>

Назаренко Я.Я., к.е.н., доцент

Національний транспортний університет

Горобінська І.В., к.е.н., доцент

Національний транспортний університет

Назаренко М.Б., к.т.н., заступник начальника

науково-дослідного центру

ДП «Державтотранс НДІ проект»

iaroslavnanazarenko@gmail.com

irynavladuslavivna@gmail.com

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: КЛЮЧОВІ ОСОБЛИВОСТІ ТА МОЖЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ В УКРАЇНІ

Метою даної статті є дослідження зарубіжного досвіду функціонування систем добровільного медичного страхування, виявлення їхніх ключових особливостей, переваг та недоліків, а також визначення можливостей і механізмів адаптації кращих практик до умов України з урахуванням специфіки вітчизняної системи охорони здоров'я, рівня розвитку страхового ринку та євроінтеграційних пріоритетів. У дослідженні використано такі методи: системний аналіз для вивчення систем ДМС як складових систем охорони здоров'я; порівняльний аналіз для зіставлення різних моделей ДМС; статистичний аналіз для обробки даних про ринки ДМС у різних країнах; метод узагальнення для формулювання висновків та рекомендацій щодо адаптації зарубіжного досвіду.

У дослідженні здійснено системне узагальнення існуючих моделей добровільного медичного страхування у структурі національних систем охорони здоров'я, що дозволило виокремити їх інституційні, фінансові та організаційні особливості. Визначено, що ефективність функціонування таких моделей залежить від рівня розвитку страхового ринку, чіткості регуляторних вимог, ступеня інтеграції страховиків із медичними установами та рівня довіри населення до страхових механізмів. Визначені ключові переваги та недоліки проаналізованих моделей, а також можливі стратегічні напрями інтеграції добровільного медичного страхування у вітчизняну систему охорони здоров'я. У результаті дослідження встановлено, що ДМС у розвинених країнах виконує роль гнучкого доповнення до базових державних або обов'язкових механізмів фінансування охорони здоров'я, розширюючи обсяг послуг, підвищуючи швидкість доступу до лікування та якість медичного обслуговування населення. Отримані результати свідчать, що адаптація зарубіжного досвіду в Україні потребує врахування інституційних, економічних та соціальних особливостей, розвитку партнерства між страховиками та медичними установами, вдосконалення регуляторної бази та формування довіри населення, що дозволить підвищити доступність і якість медичних послуг та знизити навантаження на державний бюджет.

Ключові слова: страхування, соціальне страхування, медичне страхування, добровільне медичне страхування, система страхування, страховий ринок, фінансовий ринок

Постановка проблеми. Якісна система охорони здоров'я є одним із найважливіших інститутів сучасного суспільства. Ефективне функціонування системи впливає на якість життя населення, рівень людського капіталу та на довгострокову конкурентоспроможність національної економіки. В умовах швидкої глобалізації суспільства, демографічного старіння населення, зростання захворюваності на хронічні хвороби, підвищення вартості медичних послуг та технологій, а також обмеженості бюджетних ресурсів жодна країна світу не може покладатися лише на державне фінансування системи охорони здоров'я. Саме тому системи добровільного медичного страхування набувають все більшого значення та застосування як механізм доповнення державних гарантій медичної допомоги, розширення доступу до якісних медичних послуг та залучення приватних ресурсів у механізми фінансування охорони здоров'я.

Міжнародний досвід організації систем добровільного медичного страхування (ДМС) характеризується значним різноманіттям організаційно-фінансових моделей, які формуються під впливом національних особливостей систем охорони здоров'я, соціально-економічними умовами та пріоритетами державної політики. У соціально орієнтованих країнах, таких як Німеччина, Франція та Швеція, добровільне страхування переважно є доповненням до обов'язкового, компенсуючи додаткові витрати або надаючи розширені медичні послуги преміум-класу. У ринково орієнтованих економіках, ДМС є основним інструментом доступу до медичної допомоги, формуючи основу фінансового забезпечення системи охорони здоров'я та визначаючи рівень і якість медичного обслуговування населення. Значний вплив на конфігурацію таких моделей чинять культурні традиції та інституційні традиції держав. У суспільствах із високим рівнем довіри до державних інститутів добровільне страхування переважно використовується для зменшення черг і розширення вибору лікаря у рамках гібридної моделі. У країнах із перехідною економікою воно розвивається нерівномірно через низьку купівельну спроможність, недосконалість законодавства та слабку інтеграцію страхових інструментів у медичну сферу. Таким чином, глобальна практика доводить, що ефективність ДМС залежить від взаємодії економічних, соціальних та правових факторів, які задають її роль і результативність.

Аналіз останніх публікацій. Дослідженню зарубіжного досвіду функціонування систем добровільного медичного страхування та питанням можливостей їх адаптації в Україні вчені приділяють значну увагу. Значна частина науковців аналізує моделі ДМС у розвинених країнах як інструмент підвищення доступності медичних послуг та фінансової стійкості систем охорони здоров'я.

Вивченню німецької моделі ДМС присвячені праці [1-4]. В роботах акцентується увага на дуальній системі медичного страхування, в якій поєднується обов'язкове та добровільне медичне страхування, досліджуються механізми реалізації та переваги такої моделі. Моделі ДМС у США та Великобританії, з фокусом на приватні страхові пули та державно-приватне партнерство, розглянуто у працях Е.Томсон, Р.Браун [5-7]. Вчені обґрунтовують переваги конкуренції страховиків у США та Великій Британії, визначають ключові особливості моделей добровільного медичного страхування. Проблемам регулювання та ризиків ДМС у Франції присвячене дослідження П. Дюбуа [8]. Досвід та можливості адаптації Швейцарської системи добровільного медичного страхування розглядає у своєму дослідженні Л.М.Іваненко [10]. Дослідженню зарубіжного досвіду моделей ДМС

присвячені праці І. М. Федорович, О.П.Коваленко, О. О. Бойко, Г. Є. Хижинської, І.Верховод та С.Лещенко, П.Іжевського та А. Крушинської [11-15].

Невирішені частини проблеми. Незважаючи на значну кількість досліджень зарубіжних моделей добровільного медичного страхування, ключові аспекти їх адаптації до українських реалій залишаються недостатньо опрацьованими. Більшість наукових праць зосереджується на описі організаційно-фінансових механізмів функціонування систем ДМС у розвинених країнах, тоді як особливості трансформаційної економіки, інституційних обмежень та специфіки фінансування охорони здоров'я в Україні розглядаються фрагментарно. Відсутність комплексних досліджень, що враховують взаємодію економічних, соціальних, воєнних і регуляторних чинників, ускладнює формування ефективної національної моделі добровільного медичного страхування.

Таким чином, подальші дослідження мають зосередитися на розробці ефективної стратегії формування системи добровільного медичного страхування з урахуванням національних особливостей України та наслідків воєнних дій на здоров'я. Механічне перенесення іноземного досвіду без урахування національних особливостей може призвести до дисбалансу у фінансуванні медичних послуг і зниження ефективності страхових механізмів. У зв'язку з цим особливої актуальності набувають дослідження, спрямовані на обґрунтування моделей адаптації добровільного медичного страхування, які поєднували б міжнародні напрацювання з реальними потребами та можливостями національної економіки. У роботі авторами узагальнено існуючі моделі добровільного медичного страхування у системі охорони здоров'я, визначені переваги та недоліки проаналізованих моделей. Також визначено стратегічні напрями інтеграції добровільного медичного страхування у вітчизняну систему охорони здоров'я. Обґрунтовано необхідність розвитку корпоративних програм ДМС як одного з найбільш перспективних сегментів страхового ринку, що сприятиме розширенню охоплення населення страховим захистом.

Мета статті. Метою даної статті є дослідження зарубіжного досвіду функціонування систем добровільного медичного страхування, виявлення їхніх ключових особливостей, переваг та недоліків, а також визначення можливостей і механізмів адаптації кращих практик до умов України з урахуванням специфіки вітчизняної системи охорони здоров'я, рівня розвитку страхового ринку та євроінтеграційних пріоритетів.

Методологія дослідження. Застосовані методи системного підходу й узагальнення оцінки закономірностей функціонування систем добровільного медичного страхування. За допомогою методів аналізу і синтезу досліджено еволюцію світових моделей добровільного медичного страхування, що дозволило окреслити їх ключові переваги та недоліки, що створює підґрунтя для визначення можливих напрямів їх адаптації до національних умов. Метод порівняння застосовано для зіставлення існуючих світових моделей добровільного медичного страхування, що формуються під впливом національних особливостей, розвитку фінтех-технологій та процесів цифровізації. Методи групування та структуризації використано для класифікації основних моделей функціонування добровільного медичного страхування у зарубіжних країнах та виокремлення їх ключових інституційних і організаційно-економічних характеристик, що дало змогу сформувати узагальнену типологію моделей ДМС та визначити напрями їх можливої адаптації в Україні. Комплексне використання зазначених методів дало змогу повною мірою реалізувати мету дослідження.

Результати дослідження. Сучасні трансформаційні процеси, що відбуваються у системах добровільного медичного здоров'я спричинені демографічним старінням, здорожчанням медичних технологій та зростанням очікувань населення щодо якості лікування, посилюють його значення як ключового фінансового механізму для забезпечення доступу до медичних послуг. Зарубіжний досвід демонструє різноманітні моделі функціонування ДМС, які можна адаптувати в Україні для підвищення ефективності медичної системи.

Добровільне медичне страхування є важливим сегментом особистого страхування. Його метою є фінансовий захист громадян у разі виникнення витрат на медичну допомогу, що не покриваються державними гарантіями. Сутність ДМС полягає у відшкодуванні вартості медичних послуг, лікарських засобів, діагностики, лікування та реабілітації понад обсяг, що передбачений базовими програмами державного фінансування охорони здоров'я. ДМС є додатковим способом захисту, що забезпечує розширений доступ до медичних послуг, підвищення їх якості та скорочення фінансового навантаження на домогосподарства. Наявність добровільного страхового покриття дозволяє пацієнтам отримувати медичну допомогу без необхідності здійснення значних одноразових витрат, що особливо важливо в умовах зростання вартості медичних технологій і послуг.

Теоретичне осмислення сутності, функцій та організаційних засад добровільного медичного страхування створює методологічну основу для подальшого дослідження практичних моделей його функціонування. Повноцінне розуміння потенціалу ДМС та можливість створення його ефективної моделі для України неможливе без аналізу зарубіжного досвіду, який відображає різноманіття інституційних підходів, механізмів фінансування та форм взаємодії страховиків із системами охорони здоров'я. Саме міжнародна практика дозволяє виявити ефективні інструменти підвищення доступності медичних послуг, оптимізації розподілу фінансових ризиків та забезпечення стійкості страхових моделей у різних соціально-економічних умовах.

У світовій практиці можна виділити декілька основних моделей функціонування системи ДМС, які доповнюють обов'язкове страхування та визначають роль та функції приватного сектору в системі охорони здоров'я. Ці моделі відрізняються за ступенем державного регулювання, джерелами фінансування та інтеграцією з державними системами. Також слід відзначити, що в межах єдиної моделі, кожна з них враховує національні особливості (таблиця 1).

Історично модель Бісмарка стала першою державною системою охорони здоров'я, спрямованою на покращення здоров'я звичайних робітників, яких вважали резервом для армії. Початкові фонди соціального страхування покривали витрати на лікування, виплати по безробіттю та пенсії, з часом з них виділилися окремі лікарняні каси. Цю систему також називають німецькою чи континентальною моделлю [3, 4]. У моделі Бісмарка лікарі виступають незалежними учасниками ринку, пропонуючи послуги на конкурентних засадах. Законодавство зобов'язує роботодавців фінансувати частину медичної допомоги працівникам через лікарняні каси, де роботодавці сплачують лише половину витрат, а решту покривають самі працівники. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава. ДМС за цією моделлю відкриває розширений доступ до медичних послуг, таких як: швидка діагностика, стоматологія, альтернативна медицина, додаткові медичні послуги.

Модель Беверіджа з доповнювальним добровільним медичним страхуванням, що функціонує в Великій Британії та Італії базується на державній національній службі охорони здоров'я, де базові послуги фінансуються з податків і надаються безкоштовно. Держава виступає ключовим організатором медичної допомоги, визначаючи стандарти якості, обсяги фінансування та порядок надання послуг, що формує соціально орієнтований характер системи охорони здоров'я. Добровільне медичне страхування в такій системі виконує переважно доповнювальну функцію, не замінюючи державні гарантії, а розширюючи можливості пацієнтів щодо отримання медичних послуг. Воно використовується для скорочення строків очікування на планове лікування, доступу до приватних медичних закладів, підвищеного рівня сервісу або отримання послуг, які не входять до базового пакета державного забезпечення. У результаті ДМС виступає інструментом підвищення індивідуального комфорту та гнучкості медичного обслуговування, водночас не порушуючи принципів універсальності та соціальної рівності, що лежать в основі моделі Беверіджа.

Приватна модель добровільного медичного страхування, яка функціонує у США та Швейцарії, є основним механізмом медичного страхування, доповненим державними програмами для малозабезпечених верств населення. Ця модель характеризується ключовою роллю у фінансуванні медичних послуг та характеризується ринковою конкуренцією, індивідуальними полісами та високим рівнем покриття, але з нерівним доступом для малозабезпечених.

Цікавими є національні моделі добровільного медичного страхування таких країн як Південна Корея та Тайвань. В цій моделі державний фонд соціального страхування забезпечує універсальне базове покриття. виконує розширювальну функцію, покриваючи витрати на послуги, що не входять до базового пакета державного забезпечення, зокрема підвищений рівень сервісу, новітні методи лікування, приватні медичні послуги або додаткові діагностичні процедури. ДМС також сприяє зниженню фінансового навантаження на домогосподарства у випадку дороговартісного лікування та підвищує гнучкість системи охорони здоров'я, дозволяючи поєднувати соціальні гарантії з ринковими механізмами фінансування. Такий підхід гарантує високий рівень доступності медичної допомоги, стандартизовані тарифи на послуги та ефективний контроль витрат у сфері охорони здоров'я. Державна система виступає фундаментом медичного забезпечення, мінімізуючи соціальні бар'єри доступу до лікування. Така модель демонструє ефективний баланс між універсальністю державного покриття та можливістю індивідуального розширення медичного захисту через добровільні страхові інструменти.

Таблиця 1.

Порівняльна характеристика моделей добровільного медичного страхування

Характеристика	Модель			
	Бісмарка	Беверіджа	Приватна	Національна
1	2	3	4	5
Тип базової системи охорони здоров'я	Соціально-страхова модель	Національна служби охорони здоров'я	Приватна страхова модель	Єдина національна система медичного страхування

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5
Роль ДМС	Паралельна обов'язковому	Доповнювальна до державного медичного страхування	Домінуюча	Не базове, додаткове
Основні функції ДМС	Альтернатива для окремих груп, розширене покриття, підвищений рівень сервісу	Прискорення доступу до послуг, підвищений комфорт лікування, розширені медичні послуги	Повне або часткове покриття медичних витрат, управління фінансовими ризиками	Покриття послуг поза базовим пакетом, дороговартісне лікування, розширена діагностика
Джерела фінансування базової системи	Обов'язкові страхові внески працівників і роботодавців	Податки, державний бюджет	Приватні страхові премії, внески роботодавців	Обов'язкові страхові внески, державне фінансування
Ключові особливості системи	Конкуренція страхових фондів; поєднання обов'язкового та приватного страхування	Безоплатний базовий пакет; ДМС для приватного лікування та скорочення часу очікування	Домінування приватного страхування; висока диференціація програм	Майже повне охоплення населення; ДМС доповнює державні гарантії

Джерело: узагальнено авторами за даними [1-9]

Зазначені моделі соціального страхування сформувалися під впливом історичних, економічних і демографічних чинників, тому поєднують різні механізми фінансування, управління та надання послуг. ДМС виступає гнучким інструментом доповнення державних систем охорони здоров'я або як самостійний механізм фінансування медичних послуг. Узагальнення міжнародного досвіду дозволяє виокремити комплекс переваг та сильних сторін, що визначають ефективність функціонування ДМС у різних економічних умовах. (рис.1).

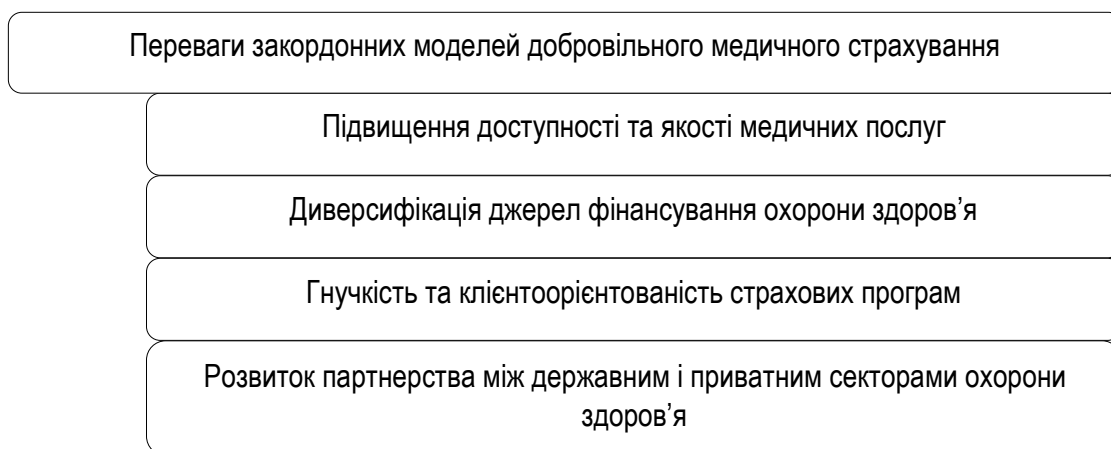


Рис. 1. Переваги моделей добровільного медичного страхування

Джерело: складено авторами

Ключовою перевагою ДМС є підвищення доступності та якості медичних послуг. Добровільне страхування розширює спектр медичної допомоги понад базові державні гарантії, забезпечуючи доступ до сучасних технологій лікування, приватних медичних закладів, індивідуалізованих програм профілактики та підвищеного рівня сервісу. У країнах із розвиненими системами охорони здоров'я ДМС сприяє скороченню часу очікування на лікування, оптимізації потоків пацієнтів і підвищенню ефективності використання медичної інфраструктури.

Суттєвою перевагою зазначених моделей є гнучкість і клієнтоорієнтованість страхових програм. ДМС дозволяє формувати індивідуальні пакети медичних послуг з урахуванням потреб, рівня доходів і стану здоров'я застрахованих осіб. У багатьох країнах добровільне страхування виконує функцію фінансового захисту від катастрофічних медичних витрат, знижуючи ризик значних витрат домогосподарств у разі тяжких захворювань або складного лікування. Ще однією перевагою є сприяння ДМС розвитку партнерства між державним і приватним секторами охорони здоров'я. Поєднання бюджетного фінансування та страхових механізмів формує змішану модель медичного забезпечення, що дозволяє ефективніше розподіляти фінансові ризики, підвищувати технологічний рівень медичних установ і розширювати можливості інвестування в медичну інфраструктуру.

Попри значні переваги, існуючі моделі добровільного соціального страхування мають і ряд недоліків (рис.2).

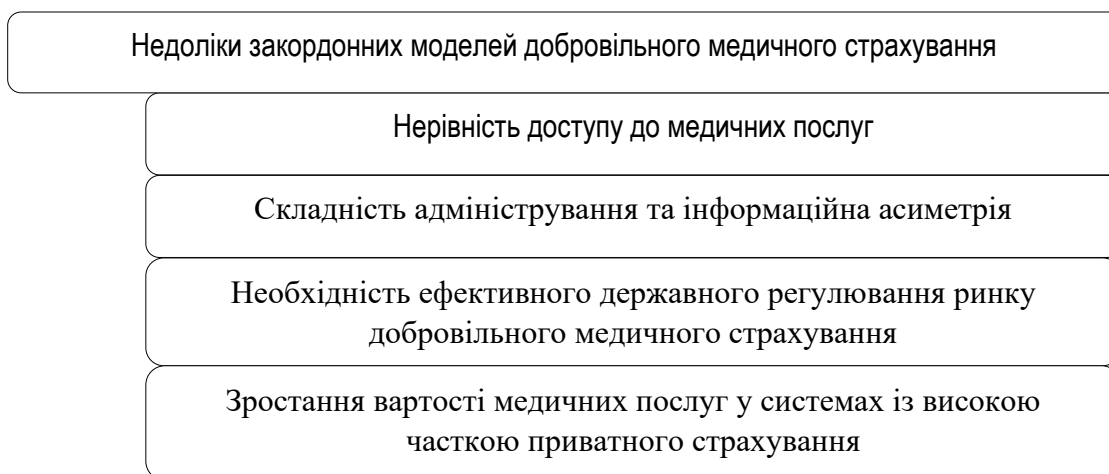


Рис. 2. Недоліки закордонних моделей добровільного медичного страхування
Джерело: складено авторами

Найсуттєвішим недоліком є ризик нерівності доступу до медичних послуг. Оскільки добровільні страхові програми залежать від платоспроможності населення, особи з вищими доходами отримують ширший спектр медичних послуг і вищу якість обслуговування, тоді як соціально вразливі групи можуть залишатися лише в межах базового державного забезпечення. Іншою проблемою є зростання вартості медичних послуг у системах із високою часткою приватного страхування. Конкуренція між страховиками та медичними закладами не завжди призводить до зниження цін, а навпаки може стимулювати медичну інфляцію через розширення переліку послуг і підвищення

вартості лікування. У таких умовах страхові премії можуть зростати швидше за доходи населення, що обмежує доступність добровільного страхування.

Стратегічна інтеграція добровільного медичного страхування у систему охорони здоров'я України має ґрунтуватися на поєднанні соціальних гарантій держави з ринковими механізмами фінансування медичних послуг. Розвиток інституційного партнерства між страховими компаніями, медичними установами та державними органами управління охороною здоров'я є ще одним важливим стратегічним напрямом. Така взаємодія має передбачати впровадження договірних моделей співпраці, заснованих на принципах якості медичних послуг, фінансової відповідальності та ефективного управління ресурсами. Важливим є формування єдиних стандартів медичного обслуговування для застрахованих осіб, що сприятиме підвищенню якості лікування та оптимізації витрат. Розвиток мережі партнерських медичних закладів, акредитованих страховиками, дозволить забезпечити контроль якості послуг, підвищити прозорість фінансових потоків і зміцнити довіру населення до системи добровільного страхування. Цифровізація процесів управління добровільним медичним страхуванням і медичними послугами дозволить підвищити якість та ефективність системи ДМС. Впровадження електронних медичних карток, цифрових платформ взаємодії між страховими компаніями та медичними установами, автоматизованих систем обробки страхових випадків і відшкодування витрат забезпечить оперативність, прозорість і контрольованість фінансових операцій. Цифрові інструменти також сприятимуть формуванню персоналізованих страхових програм, розвитку телемедицини та використанню аналітики даних для прогнозування ризиків і планування витрат у сфері охорони здоров'я.

Загалом інтеграція добровільного медичного страхування у національну систему охорони здоров'я має здійснюватися на засадах соціальної справедливості, фінансової збалансованості та інституційної узгодженості. Реалізація зазначених стратегічних напрямів сприятиме підвищенню доступності медичних послуг, покращенню якості медичного обслуговування та формуванню сучасної багаторівневої моделі фінансування охорони здоров'я, здатної ефективно реагувати на соціально-економічні виклики.

Висновки. У більшості країн добровільне медичне страхування виконує функцію гнучкого доповнення до базових державних або обов'язкових страхових механізмів фінансування охорони здоров'я. Його роль полягає у розширенні обсягу медичних послуг, підвищенні швидкості доступу до лікування, забезпеченні ширшого вибору постачальників медичної допомоги та підвищенні якості сервісу. Міжнародна практика демонструє, що ефективність функціонування ДМС значною мірою залежить від рівня інституційної узгодженості між державою, страховиками та медичними установами, а також від прозорості правил фінансування і нагляду. Проведений порівняльний аналіз моделей добровільного медичного страхування засвідчив, що універсальної моделі придатної для запозичення не існує. Адаптація зарубіжного досвіду ДМС має здійснюватися з урахуванням інституційних, економічних та соціальних особливостей України. Інтеграція добровільного медичного страхування у національну систему охорони здоров'я доцільна як інструмент диверсифікації джерел фінансування медичних послуг, зниження фінансового навантаження на державний бюджет і підвищення доступності якісної медичної допомоги. Водночас її ефективність потребує вдосконалення регуляторної бази, розвитку партнерства між страховиками і медичними установами, а також формування довіри населення до страхових механізмів захисту здоров'я.

Перспективи подальших досліджень. Важливим напрямом подальших наукових пошуків є розробка адаптаційних моделей впровадження ефективних зарубіжних практик ДМС з урахуванням інституційних, економічних і соціальних особливостей України, а також дослідження ролі цифрових технологій у розвитку страхових медичних сервісів.

Література

1. Health Insurance in Germany // How-to-Germany. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.how-to-germany.com/health-insurance/>
2. Healthcare for Expatriates in Germany: Understanding, Choosing, Navigating // Jarnias Cyril. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.jarniascyril.com/expatriation/install-germany-expat-complete-guide/healthcare-expats-germany-guide-insurance-gkv-pkv/>
3. Smith J., Müller H. Voluntary health insurance in Germany: Lessons for emerging markets // Health Policy. – 2022. – Vol. 126, № 5. – P. 456–468.
4. Johnson A. Dual health insurance systems: German model and adaptation strategies // Journal of Health Economics. – 2021. – Vol. 45. – P. 112–125. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2021.102456.
5. Brown R., Davis K. US private health insurance: Competition and coverage gaps // American Journal of Public Health. – 2023. – Vol. 113, № 3. – P. 289–301. DOI: 10.2105/AJPH.2022.307189.
6. Thompson E. UK private medical insurance: Public-private partnerships // British Medical Journal. – 2020. – Vol. 370. – P. m2678. DOI: 10.1136/bmj.m2678.
7. Медицина Великої Британії – взірць егалітарної моделі // The Pharma Media. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://thepharma.media/publications/articles/10614-medicina-velikoyi-britaniyi-vzirec-egalitarnoyi-modeli>
8. Dubois P. et al. Regulating voluntary health insurance in France // European Journal of Health Economics. – 2022. – Vol. 23, № 4. – P. 567–580. DOI: 10.1007/s10198-021-01345-7.
9. Kang M. S., Jang H. S., Lee M., Park E. C. Sustainability of Korean National Health Insurance // Journal of Korean Medical Science. – 2012. – Vol. 27 (Suppl.). – P. S21–S24. DOI: 10.3346/jkms.2012.27.S.S21.
10. Іваненко Л. М. Швейцарська модель медичного страхування: уроки для України // Фінанси України. – 2022. – № 4. – С. 112–120.
11. Федорович І. М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України // Інвестиції: практика та досвід. – 2023. – № 6. – С. 72–76.
12. Коваленко О. П. Адаптація зарубіжних моделей ДМС в Україні // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка. – 2023. – № 1 (226). – С. 45–52.
13. Бойко О. О., Хижинська Г. Є. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні // Причорноморські економічні студії. – 2018. – № 27 (2). – С. 93–97.
14. Верховод І., Лещенко С. Шляхи вдосконалення медичного страхування в Україні // Економіка та суспільство. – 2025. – № 80. DOI: 10.32782/2524-0072/2025-80-135.
15. Іжевський П., Крушинська А. Добровільне медичне страхування як інструмент соціальної стабільності в умовах війни // Сталий розвиток економіки. – 2025. – № 3 (54). – С. 440–447. DOI: 10.32782/2308-1988/2025-54-66.

References.

1. Health Insurance in Germany // How-to-Germany. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://www.how-to-germany.com/health-insurance/>
2. Healthcare for Expatriates in Germany: Understanding, Choosing, Navigating // Jarnias Cyril. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://www.jarniascyril.com/expatriation/install-germany-expat-complete-guide/healthcare-expats-germany-guide-insurance-gkv-pkv/>
3. Smith J., Müller H. Voluntary health insurance in Germany: Lessons for emerging markets // Health Policy. – 2022. – Vol. 126, № 5. – P. 456–468.
4. Johnson A. Dual health insurance systems: German model and adaptation strategies // Journal of Health Economics. – 2021. – Vol. 45. – P. 112–125. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2021.102456.
5. Brown R., Davis K. US private health insurance: Competition and coverage gaps // American Journal of Public Health. – 2023. – Vol. 113, № 3. – P. 289–301. DOI: 10.2105/AJPH.2022.307189.

6. Thompson E. UK private medical insurance: Public-private partnerships // British Medical Journal. – 2020. – Vol. 370. – P. m2678. DOI: 10.1136/bmj.m2678.
7. Medytsyna Velykoi Brytanii – vzirets ehalitarnoi modeli // The Pharma Media. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://thepharma.media/publications/articles/10614-medicina-velikoyi-britaniyi-vzirec-egalitarnoyi-modeli>
8. Dubois P. et al. Regulating voluntary health insurance in France // European Journal of Health Economics. – 2022. – Vol. 23, № 4. – P. 567–580. DOI: 10.1007/s10198-021-01345-7.
9. Kang M. S., Jang H. S., Lee M., Park E. C. Sustainability of Korean National Health Insurance // Journal of Korean Medical Science. – 2012. – Vol. 27 (Suppl.). – P. S21–S24. DOI: 10.3346/jkms.2012.27.S.S21.
10. Ivanenko L. M. Shveitsarska model medychnoho strakhuvannia: uroky dlia Ukrainy // Finansy Ukrainy. – 2022. – № 4. – S. 112–120.
11. Fedorovych I. M. Medychne strakhuvannia: dosvid zarubizhnykh krain ta mozhlyvosti dlia Ukrainy // Investytsii: praktyka ta dosvid. – 2023. – № 6. – S. 72–76.
12. Kovalenko O. P. Adaptatsiia zarubizhnykh modelei DMS v Ukraini // Visnyk Kyivskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka. Ekonomika. – 2023. – № 1 (226). – S. 45–52.
13. Boiko O. O., Khyzhynska H. Ye. Aprobatsiia zarubizhnoho dosvidu aktyvizatsii medychnoho strakhuvannia v Ukraini // Prychornomorski ekonomichni studii. – 2018. – № 27 (2). – S. 93–97.
14. Verkhovod I., Leshchenko S. Shliakhy vdoskonalennia medychnoho strakhuvannia v Ukraini // Ekonomika ta suspilstvo. – 2025. – № 80. DOI: 10.32782/2524-0072/2025-80-135.
15. Izhevskiy P., Krushynska A. Dobrovilne medychno strakhuvannia yak instrument sotsialnoi stabilnosti v umovakh viiny // Stalyi rozvytok ekonomiky. – 2025. – № 3 (54). – S. 440–447. DOI: 10.32782/2308-1988/2025-54-66.

Nazarenko Ia. Ia., PhD in economics,

Associate Professor

National Transport University

Gorobinska I.V., PhD in economics,

Associate Professor

National Transport University

Nazarenko M. B., PhD in technical science,

Deputy Head of the Research Center

SE «State Road Transport Research Institute»

iaroslavnazarenko@gmail.com

irynavladuslavivna@gmail.com

FOREIGN EXPERIENCE IN THE FUNCTIONING OF VOLUNTARY HEALTH INSURANCE SYSTEMS: KEY FEATURES AND OPPORTUNITIES FOR ADAPTATION IN UKRAINE

The purpose of this article is to study foreign experience in the functioning of voluntary health insurance systems, identify their key features, advantages, and disadvantages, and determine the possibilities and mechanisms for adapting best practices to the conditions in Ukraine, taking into account the specifics of the domestic healthcare system, the level of development of the insurance market, and European integration priorities. The study used the following methods: systematic analysis to study VHI systems as components of healthcare systems; comparative analysis to compare different VHI models; statistical analysis to process data on VHI markets in different countries; and generalization to formulate conclusions and recommendations on adapting foreign experience. The study provides a systematic overview of existing voluntary health insurance models within national healthcare systems, highlighting their institutional, financial, and organizational characteristics. It was determined that the effectiveness of such models depends on the level of development of the insurance market, the clarity of regulatory requirements, the degree of integration of insurers with medical institutions, and the level of public confidence in insurance mechanisms. The key advantages and disadvantages of the analysed models were identified, along with possible strategic directions for integrating voluntary health insurance into the domestic healthcare system. The study found that in developed countries, VHI serves as a flexible supplement to basic state or mandatory health financing mechanisms, expanding the range of services,

increasing the speed of access to treatment, and improving the quality of medical care for the population. The results show that adapting foreign experience in Ukraine requires taking into account institutional, economic, and social characteristics, developing partnerships between insurers and medical institutions, improving the regulatory framework, and building public trust, thereby increasing the accessibility and quality of medical services and reducing the burden on the state budget.

Keywords: *insurance, social insurance, health insurance, voluntary health insurance, insurance system, insurance market, financial market*