SÉRIE " Mechanismy svrchovaného řízení ochrany zdraví"

[https://doi.org/10.52058/2695-1592-2021-4\(4\)-166-178](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2021-4(4)-166-178)

Олександр Іванчук

*аспірант, Навчально-науковий інститут публічного управління
та державної служби Київського національного університету
імені Тараса Шевченка, Київ, Україна,
e-mail: omivanchuk@gmail.com,
<http://orcid.org/0000-0002-8504-6889>*

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Анотація. У статті проведено аналіз сучасних тенденцій розвитку добровільного медичного страхування у країнах Європейського Союзу. Розглянуто досвід та особливості розвитку ринку приватного медичного страхування таких країн, як Австрія, Нідерланди, Франція, Бельгія, Німеччина, Італія, Іспанія, Чеська Республіка. Зокрема звернуто увагу на те, що сьогодні застосовуються три основні форми медичного страхування: замісне, додаткове розширене та додаткове паралельне добровільне медичне страхування (ДМС), кожна з яких має свої характеристики. З'ясовано, що замісне ДМС (Німеччина, Бельгія, Нідерланди) передбачає медичний захист лиш певних категорій населення. Можливість придбати замісне ДМС в європейських державах визначається трьома факторами: рівнем доходів (Німеччина, Нідерланди); статусом зайнятості (особи, які працюють не за наймом, в Австрії, Бельгії, Німеччині); видом фахової діяльності (представники певних професій в Австрії). Акцентовано увагу, що у переважній більшості країн ЄС, за винятком Франції, ринок ДМС не відіграє суттєвої ролі внаслідок низької рентабельності. При цьому визначено, що Нідерланди характеризуються як один із найбільших ринків страхових послуг в Європі за розміром страхових внесків. Проведений аналіз

показав, що додаткове розширене ДМС передбачає повну або часткову компенсацію витрат, пов'язаних із отриманням медичних послуг, які не входять до сукупності державних або лише частково покриваються державною програмою страхування. Обсяги компенсацій відрізняються залежно від країни - додаткове добровільне страхування покриває співоплату в Бельгії, Данії (на ліки), Франції (амбулаторне лікування), Люксембург (стаціонарне лікування). Крім того, додаткове паралельне ДМС (Греція, Іспанія, Італія, Португалія) розширює спектр пропозиції медичних послуг та захисту громадян; така форма традиційно гарантує вищий рівень сервісу за рахунок «подвійного покриття» страхового випадку та вищого рівня доступності до медичного обслуговування в разі виникнення термінової потреби в лікуванні. Ключовою перевагою ДМС на пост-пандемічному етапі виявлено збільшення частки населення середнього класу, до складу якого входять громадяни, які мають бажання і фінансово спроможні сплачувати страхові внески приватним страховикам. У статті виокремлено принципи здійснення ДМС, переваги та ризики розвитку ринку ДМС у країнах ЄС. Зауважено, що стан розвитку ДМС в європейських країнах має неоднозначні тенденції, що підтверджує необхідність перманентних реформацій та вдосконалення практики добровільного медичного страхування із урахуванням мінливості глобального соціально-економічного простору.

Ключові слова: охорона здоров'я, добровільне медичне страхування, страхові послуги, страховий ринок, європейський ринок медичного страхування.

Olexandr Ivanchuk

*postgraduate student, Educational and Scientific Institute
of Public Administration and Civil Service*

of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Ukraine

e-mail: omivanchuk@gmail.com,

<http://orcid.org/0000-0002-8504-6889>

CURRENT TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN THE COUNTRIES OF THE EUROPEAN UNION

Abstract. The article analyzes the current trends in the development of voluntary health insurance in the European Union. The experience and peculiarities of the development of the private health insurance market of such countries as Austria, the

Netherlands, France, Belgium, Germany, Italy, Spain, and the Czech Republic are considered. In particular, attention is drawn to the fact that today there are three main forms of health insurance: substitute, additional extended and additional parallel voluntary health insurance (VHI), each of which has its own characteristics. It was found that the substitute VHI (Germany, Belgium, the Netherlands) provides medical protection only to certain categories of the population. The ability to purchase a substitute VHI in European countries is determined by three factors: income level (Germany, the Netherlands); employment status (non-employed persons in Austria, Belgium, Germany); type of professional activity (representatives of certain professions in Austria). It is emphasized that in the vast majority of EU countries, with the exception of France, the VHI market does not play a significant role due to low profitability. It is determined that the Netherlands is characterized as one of the largest markets for insurance services in Europe in terms of insurance premiums. The analysis showed that the additional extended VHI provides full or partial reimbursement of costs associated with obtaining medical services that are not part of the state or are only partially covered by the state insurance program. The amount of compensation varies depending on the country - additional voluntary insurance covers co-payment in Belgium, Denmark (for medicines), France (outpatient treatment), Luxembourg (inpatient treatment). In addition, the additional parallel VHI (Greece, Spain, Italy, Portugal) expands the range of medical services and protection of citizens; this form traditionally guarantees a higher level of service due to the "double coverage" of the insured event and a higher level of access to medical care in the event of an urgent need for treatment. A key advantage of the VHI in the post-pandemic stage is the increase in the share of the middle class population, which includes citizens who are willing and financially able to pay insurance premiums to private insurers. The article highlights the principles of VHI implementation, advantages and risks of VHI market development in the EU countries. It is noted that the state of development of VHI in European countries has ambiguous trends, which confirms the need for permanent reforms and improvement of the practice of voluntary health insurance, taking into account the variability of the global socio-economic space.

Keywords: health care, voluntary health insurance, insurance services, insurance market, European health insurance market.

Постановка проблеми. В умовах загострення пандемії Covid-19 особливе значення мають якість і доступність послуг, пов'язаних із медичною допомогою та захистом громадян. Мінливість поточної ситуації, спричинена жорсткими

карантинними обмеженнями та зниженням соціальної взаємодії, актуалізує дослідження щодо розвитку сфери медичного страхування, зокрема добровільного, яке є одним з джерел фінансування видатків на охорону здоров'я. Обумовлені тенденції підкреслюють важливість дослідження, особливо в частині аналізу зарубіжного досвіду розвитку добровільного медичного страхування (далі – ДМС) з метою його застосування кращих його напрацювань у вітчизняній практиці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значний внесок у дослідження тенденцій ринку ДМС у країнах Європейського Союзу (далі – ЄС) зроблено Е. Мосіалосом, С. Томпсон, А. Саган, А. Прекером, Р. Шефлером, М. Бассетом та іншими. Водночас тенденції розвитку ДМС у країнах ЄС лишаються, на наш погляд, малодослідженими вітчизняними авторами.

Метою статті є аналіз сучасних тенденцій розвитку ДМС у країнах ЄС.

Виклад основного матеріалу. ДМС являє собою систему страхування, джерелом фінансування якої є приватні страхові внески, які страхувальник здійснює добровільно відповідно до положень страхового полісу – договору, виданого страховиком особі, на яку поширюється захист [1]. Страховиками у випадку ДМС переважно виступають приватні страхові компанії.

Європейська практика страхування ґрунтується на застосуванні однієї із наступних форм страхування чи шляхом їх комбінування (табл. 1):

Таблиця 1

Форми медичного страхування, що застосовуються у країнах ЄС

Форма	Характеристика форми добровільного страхування
Substitute (замісне ДМС)	заміщує державне страхування. Застосовується для громадян, які не мають права або відмовляються від публічних схем страхування. Замісне ДМС подібне до систем, що фінансуються державним бюджетом, але доступна лише обмеженим групам людей.
Complementary (додаткове розширене ДМС)	покриває додаткові послуги, не охоплені державною системою страхування. Розширене ДМС доступне у багатьох європейських країнах переважно у секторах надання стоматологічних послуг, офтальмологічного обслуговування, послуг фізіотерапії тощо. Така форма ДМС надає можливість використання пакету медичних послуг, які фінансуються за рахунок державного бюджету.

Supplementary (додаткове паралельне ДМС)	пропонує швидший доступ до лікування та розширений вибір медичних установ або додаткових медичних послуг. Паралельне ДМС доступне майже на всіх національних ринках Європи, проте досить часто застосовується у поєднанні із додатковою розширеною формою ДМС.
---	--

Джерело: складено автором за даними [2].

Як зазначено в табл. 1, замісне ДМС передбачає медичний захист лише певних категорій населення. У Німеччині, поряд із додатковим розширеним страхуванням, замісне страхування існує лише для самозайнятих осіб, для людей з доходом вище певного рівня, а також для чиновників, яким забороняється повертатися у державну систему страхування після виходу з неї.

У Чеській Республіці така форма ДМС доступна переважно для іноземців, які не мають права на національну систему охорони здоров'я. Таким чином, можливість придбати замісне ДМС в європейських державах визначається трьома факторами: по-перше, рівнем доходів (Німеччина, Нідерланди); по-друге, статусом зайнятості (особи, які працюють не за наймом, в Австрії, Бельгії, Німеччині); по-третє, видом фахової діяльності (представники певних професій в Австрії). Замісне ДМС набуло значного розвитку в Бельгії (до 10% населення), Німеччині (до 20%) і Нідерландах (29%) [3, с. 2].

Саме Нідерланди характеризуються як один із найбільших ринків страхових послуг в Європі за розміром страхових внесків. Після прийняття Закону про медичне страхування у 2006 році було встановлено обов'язкове медичне страхування, а страхувальники отримали спектр прав щодо вибору форм страхування та постачальників медичних послуг. Рішення про те, щоб універсальна система охорони здоров'я Нідерландів діяла через приватних страховиків, було прийнято під тиском особливостей національного ринку, які включають історичний аспект – пріоритетність приватних страхових компаній протягом довготривалого періоду; високий рівень попиту на додаткові медичні послуги (такі, як стоматологічне чи офтальмологічне обслуговування) з боку високо забезпеченої, освіченої частини населення; доступність та прийнятність приватного медичного страхування, особливо в контексті здійснення корпоративного страхування, яке частково фінансується роботодавцями [2].

Додаткове розширене ДМС передбачає повну або часткову компенсацію витрат, пов'язаних із отриманням медичних послуг, які не входять до сукупності державних або лише частково покриваються державною програмою страхування. Обсяги компенсацій відрізняються залежно від країни.

Так, додаткове добровільне страхування покриває співоплату в Бельгії, Данії (на ліки), Франції (амбулаторне лікування), Люксембург (стаціонарне лікування). Також, у таких країнах, як Франція, Хорватія та Словенія, розширене ДМС зазвичай виступає у формі співстрахування, за якої страхувальник сплачує встановлену ціну за послуги.

У переважній більшості країн ЄС, за винятком Франції, ринок ДМС не відіграє суттєвої ролі внаслідок низької рентабельності. Лише французька система ДМС набула значних темпів розвитку, зокрема рівень додаткового розширеного медичного страхування серед населення держави досягнув показника 96%. Такі тенденції спричинені кардинальними змінами у державній політиці. Зокрема, з 2016 року новий державний регламент зобов'язав усіх французьких приватних роботодавців наполовину фінансувати групові поліси ДМС для всіх своїх працівників. В результаті таких політичних зрушень частка корпоративного страхування зросла, що сприяло росту показників ДМС на 3,5% – у 2016 р., на 4,8% – у 2017 р., на 6,1% та 4,5% у 2018 та 2019 рр.

Окрім того, у 2019 році, після проведення французьким урядом реформи під назвою «100% Santé», ДМС охопило покриття ризиків у сферах офтальмології та отоларингології. Такі зрушення на ринку страхових послуг були необхідними, оскільки держава не здійснювала повної компенсації за отримання медичних послуг в окреслених сферах медицини, що робило їх важко доступними для громадян [2].

Додаткове паралельне ДМС розширює спектр пропозиції медичних послуг та захисту громадян; така форма традиційно гарантує вищий рівень сервісу за рахунок «подвійного покриття» страхового випадку та вищого рівня доступності до медичного обслуговування в разі виникнення термінової потреби в лікуванні. Такий тип страхування поширений у країнах з державними (національними) системами охорони здоров'я (Греція, Іспанія, Італія, Португалія).

Узагальнені статистичні дані свідчать про тенденцію до зниження паралельного ДМС з точки зору відсотка охопленого населення. В свою чергу, є певні винятки, зокрема у Бельгії роботодавці часто пропонують паралельне ДМС як частину пакету виплат і, за оцінками, охоплюють до 60% населення. Така форма ДМС сприяє підвищенню своєчасності медичних послуг [2].

Італія підтримує розвиток паралельного ДМС, оскільки саме ця модель дозволяє країні впроваджувати інноваційні сучасні страхові послуги у сфері медицини. За останні чотири роки, з моменту активізації інноваційної діяльності

на національному ринку медичного страхування, держава досягла значного росту показників. Зокрема, у 2016 р. рівень охоплення населення послугами ДМС становив 9,6%, у 2017 р. – 9,5%, у 2018 р. – 7,5%, у 2019 р. – 10,8% [2]. Отже, існує певна диференціація у тенденціях розвитку національних ринків ДМС держав-членів ЄС (табл. 2), що визначено специфікою державної соціальної політики та розвитком соціально-економічного середовища. Проте, роль приватних страховиків стає дедалі важливішою у міру зростання попиту на більш якісне та оперативне медичне обслуговування і лікування.

Таблиця 2

Тенденції розвитку ДМС в державах ЄС

Форма ДМС	Частка ДМС (%) від загальних витрат на охорону здоров'я			
	≤1%	≤5%	≤10%	>10%
Додаткове паралельне ДМС	Болгарія, Угорщина, Литва, Норвегія, Румунія, Словаччина,	Австрія, Фінляндія, Греція, Латвія, Мальта, Площа, Іспанія, Бельгія	Португалія, Швейцарія, Швеція	Ірландія, Італія
Додаткове розширене ДМС	-	Данія, Фінляндія	Хорватія	Франція, Словенія, Люксембург
Замісне ДМС	Естонія, Ісландія	Бельгія, Кіпр	Німеччина, Чеська Республіка	Нідерланди

Джерело: складено автором за даними [2; 3, с. 2].

Ключовою перевагою ДМС на пост-пандемічному етапі є збільшення частки населення середнього класу, до складу якого входять громадяни, які мають бажання і фінансово спроможні сплачувати страхові внески приватним страховикам. Чинником таких тенденцій є бажання отримати доступ до такого рівня медичного захисту, який в умовах невизначеності, на їх суб'єктивну думку, є більш якісним або зручним [4].

Серед інших переваг можна виділити наступні [5, с. 110; 6, с. 178]:

1) ДМС задовольняє потребу громадян із фінансовими можливостями вище середніх у медичному страхуванні, що дозволяє державі спрямувати свої (переважно обмежені) фінансові ресурси на забезпечення медичного обслуговування нижчих за рівнем платоспроможності громадян;

2) приватні фінансові ресурси, отримані в рамках системи ДМС, виступають додатковим джерелом для розвитку інфраструктури страхового ринку держави;

3) ДМС може виступати «каталізатором» реформування і вдосконалення державного медичного страхування.

Проте, ситуація щодо тенденцій розвитку ДМС у європейських державах в умовах пост-кризової стабілізації є неоднозначною, оскільки наряду із важливими перевагами ДМС стоять не лиш недоліки, а і серйозні ризики, які можуть спричинити безпрецедентні трансформації на національних ринках страхування в державах ЄС. Ключовим ризиком є негативний вплив на цілісність систем охорони здоров'я. Така тенденція була сформована внаслідок чіткого поділу страхування на державне та приватне. Конкуренція між зазначеними видами не матиме позитивного ефекту для держави, оскільки знизить привабливість першого сектору, який характеризується нижчим рівнем фінансових можливостей в порівнянні із другим [3]. Серед інших недоліків ДМС - низький рівень державного впливу, що знижує ефективність сектору.

Основними ризиками, що притаманні нерегульованому ринку страхових послуг, є такі:

1) можливість страхувальників приховувати певні проблеми чи особливості стану здоров'я, що потенційно може збільшити витрати страховиків у майбутньому;

2) страхування «нерентабельних клієнтів», по яких ризик настання страхового випадку є вищим. До таких категорій належать особи з обтяженою спадковістю або хронічними захворюваннями, а також літні люди з низьким рівнем фінансових можливостей;

3) відсутність практики обміну страховою інформацією між страховиками, а також інтегрованої системи, яка містила б дані про поточний стан здоров'я і потенційні проблеми страхувальників, що ускладнює оцінку очікуваних вимог і калькуляцію премії з урахуванням ступеня ризику;

4) низька гармонізація системи ДМС із іншими галузями, зокрема податковою системою.

Розглянемо табл. 3.

Таблиця 3

Виявлені ризики добровільного медичного страхування

Вид ризику	Наслідки	Ймовірність ризику	Шляхи подолання
Низька ефективність фінансування сфери медичного обслуговування пов'язана з невідповідністю обсягів коштів, спрямованих на фінансування даної галузі з боку держави, наявним потребам	Кошторисний принцип фінансування медичних закладів не залишає керівництву установ можливостей для управлінської гнучкості з метою оптимізації діяльності та запровадження інноваційних організаційних практик	Висока (75-100%)	Ефективне фінансування охорони здоров'я вимагає об'єднання коштів для того, щоб зробити перерозподіл ризику витрат на лікування (зокрема ризику страхового випадку) між якомога більшою кількістю осіб, які є застрахованими
Неефективний розподіл фінансових ресурсів у медичній галузі	Низький рівень якості медичного обслуговування	Висока (75-100%)	Наявність гнучких механізмів розподілу послуг за рівнями надання медичної допомоги дозволить раціонально управляти розподілом бюджету, сформованого на основі подушного нормативу; організувати якісну медичну допомогу населенню та отримати оптимальне співвідношення «витрати – якість»
Відсутність фінансових можливостей і небажання самих роботодавців страхувати своїх співробітників	Роботодавці скорочують бюджет на персонал та економлять на соціальних програмах (корпоративному медичному страхуванні)	Середня (30-75%)	Встановити економічні стимули щодо коштів, які направлятимуться підприємствами на добровільне медичне страхування, що сприятиме поліпшенню іміджу компанії, покращенню її позицій на ринку праці та підвищенню мотивації персоналу
Конкуренція на страховому ринку	Низька конкуренція призводить до зростання цін на медичне обслуговування, однак установ, які надають якісні послуги, достатньо мало	Низька (до 30%)	Тісне прив'язування страхових програм до безпосередніх потреб клієнтів, включення до складу страхових продуктів супутніх послуг, розширення переліку захворювань, що покриває страховий захист
Висока вартість послуг добровільного медичного страхування при показниках рівня виплат	Вартість послуг набагато перевищує показники рівня виплат в цілому по страховому ринку	Середня (30-75%)	Стабілізація тенденцій щодо рівня виплат шляхом фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зменшення страхових випадків

Законодавче обмеження використання страховими компаніями потенціалу превентивної функції страхування, що впливає на ризики з метою зменшення ймовірності їх прояву	Відсутність профілактичних заходів з охорони здоров'я населення	Висока (75-100%)	Формування резерву превентивних заходів, зокрема, фінансування регулярних медичних обстежень населення з метою профілактики хронічних захворювань, що допоможе підвищити соціальну ефективність добровільного медичного страхування
Початкова невизначеність щодо страхових продуктів в вартісній оцінці та у терміні отримання	Існування прихованого типу попиту на страхові послуги	Середня (30-75%)	Страхові компанії мають надавати чітку та розширену інформацію щодо програм добровільного медичного страхування
Відсутність податкових заохочень та належного нормативно-правового забезпечення	Відсутність податкових пільг для добровільного медичного страхування суттєво уповільнює процес детінізації сфери медичних послуг і залучення ринкових механізмів фінансування сфери охорони здоров'я	Висока (75-100%)	Визначити податкові пільги для роботодавців, які страхуватимуть своїх працівників за певним видом страхування; звільнити від оподаткування страхових платежів, що стане істотним кроком до популяризації добровільного медичного страхування
Низька якість та ефективність надання страхових послуг медичними установами	Зниження об'єктивних показників рівня здоров'я населення	Середня (30-75%)	Застосування фінансових стимулів для лікарів і медичних працівників, підвищення навичок та вмінь працівників системи охорони здоров'я
Відсутність сучасного адміністрування та менеджменту у сфері охорони здоров'я	Неефективне використання фінансових ресурсів	Середня (30-75%)	Запровадження світових високоефективних моделей організації медичної допомоги, що мають ґрунтуватися на принципах доказового управління

Джерело: складено автором.

Таким чином, досвід економічно розвинутих країн доводить, що добровільне медичне страхування – ефективний механізм фінансування, але в Україні активізація його розвитку стикається з суттєвими перешкодами та ризиками. Принципами здійснення добровільного медичного страхування можна визначити наступні (рис. 1).

Рис. 1. Принципи здійснення добровільного медичного страхування

Джерело: [7].

У першу чергу, перспективи ДМС залежать від:

- попиту і пропозиції медичних послуг, які є пріоритетними в умовах пандемії та за які громадяни готові платити гроші для мінімізації ризиків;
- технічних та інфраструктурних можливостей приватних компаній надавати своєчасне і якісне медичне обслуговування страхувальникам;
- динаміки фінансування державного сектору страхування та якості медичних послуг, що отримують громадяни в разі настання страхового випадку;
- рівня задоволеності різних категорій населення існуючою системою медичного страхування.

Висновки. В ході аналізу було визначено, що ДМС – це форма приватного страхування, яка передбачає гарантування страхувальникам одержання медичної допомоги, за рахунок накопичених грошових коштів, в разі настання страхових випадків та фінансування профілактичних заходів.

Використання послуг ДМС у державах ЄС є поширеною практикою, оскільки в сучасних умовах мінливості, спричинених пандемією Covid-19, кожен громадянин прагне отримати своєчасну, кваліфіковану та якісну медичну допомогу в разі настання страхового випадку. Показники росту ДМС, беззаперечно, є позитивною динамікою для європейських країн, які активно підтримують соціально-орієнтований вектор розвитку.

Попит на медичне страхування в Україні та світі зростає. Відповідно страховий ринок зміцнює свою репутацію і створює мотиваційні стимули для розвитку медичних послуг і сервісів. Тому треба створювати не чергову державну інституцію, а єдині правила гри, які вже відпрацьовані в усьому світі, і дати страховому ринку і українській медицині розвиватися на благо людини. Ефективний механізм фінансування медицини має базуватися на державно-приватному партнерстві та бюджетно-страховій структурі фінансування (бюджети, медичне страхування).

Підсумовуючи можна також виділити окремі напрями державної політики для розвитку системи добровільного медичного страхування в Україні:

- покращення економічного стану нашої держави;
- поєднання бюджетного та страхового джерела фінансування системи охорони здоров'я;
- зростаюче бюджетне фінансування системи охорони здоров'я;
- врегулювання державних гарантій відповідно до державних фінансових можливостей;
- збільшення оплати праці медичних працівників;
- пошук нових організаційних форм діяльності закладів охорони здоров'я;
- збільшення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я;
- покращення якості та доступність до медичних послуг людей з особливими потребами, дітей, вагітних жінок, літніх людей, особливо в сільській місцевості, де подекуди відсутні навіть аптечні пункти та пункти невідкладної допомоги;
- роздержавлення та удосконалення структури системи медичної допомоги.
- адресність та цільовий підхід до надання страхових послуг.

Вважаємо, що вдалий досвід іноземних країн щодо реформування системи охорони здоров'я, Україна зможе використати найближчим часом, що призведе до позитивних зрушень і формування оновленої галузі, яка забезпечить здоров'я і добробут наших громадян, а також сприятиме функціонуванню ринку ДМС в Україні.

Література:

1. OECD Health Statistics 2021. Definitions, Sources and Methods. URL: <https://stats.oecd.org> (дата звернення 17.09.2021).

2. European Insurance in Figures. Insurance Europe. Brussels, 2021. URL: www.insuranceeurope.eu (дата звернення 17.09.2021).

3. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe Country experience. United Kingdom: World Health Organization Regional Office for Europe, 2016. 161 p.

4. Mathauer I., Kutzin J. Voluntary health insurance: its potentials and limits in moving towards UHC. Geneva: World Health Organization, 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274317> (дата звернення 17.09.2021).

5. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Funding health care: options for Europe. United Kingdom: Open University Press, 2002. 309 p.

6. Іванчук О. Добровільне медичне страхування: зарубіжний досвід для України. *Актуальні проблеми державного управління (збірник наукових праць). Серія: Світовий досвід державного управління.* 2019. №2 (56). С. 177–182.

7. Завора Т. М. (2013). *Соціальне страхування: навчальний посібник.* Полтава: ПолтНТУ.

References:

1. OECD Health Statistics 2021. Definitions, Sources and Methods. URL: <https://stats.oecd.org> (data zvernennja 17.09.2021).

2. European Insurance in Figures. Insurance Europe. Brussels, 2021. URL: www.insuranceeurope.eu (data zvernennja 17.09.2021).

3. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe Country experience. United Kingdom: World Health Organization Regional Office for Europe, 2016. 161 p.

4. Mathauer I., Kutzin J. Voluntary health insurance: its potentials and limits in moving towards UHC. Geneva: World Health Organization, 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274317> (data zvernennja 17.09.2021).

5. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Funding health care: options for Europe. United Kingdom: Open University Press, 2002. 309 p.

6. Ivanchuk O. Dobrovil'ne medichne strahuvannja: zarubizhnij dosvid dlja Ukraïni. *Aktual'ni problemi derzhavnogo upravlinnja (zbirnik naukovih prac'). Serija: Svitovij dosvid derzhavnogo upravlinnja.* 2019. №2 (56). S. 177–182.

7. Zavora T. M. (2013). *Social'ne strahuvannja: navchal'nij posibnik.* Poltava: PoltNTU.