

УДК 368.9:614.2

DOI: https://doi.org/10.31521/modecon.V55(2026)-03

Білоцький В. А., аспірант, Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, м. Хмельницький, Україна

ORCID: 0009-0004-8843-1522

e-mail: belotskiy2014@gmail.com

Глобальні тенденції розвитку добровільного медичного страхування: аналіз витрат, ризиків та використання медичних послуг

Анотація. Статтю присвячено дослідженню глобальних тенденцій розвитку добровільного медичного страхування крізь призму аналізу витрат, ризиків та використання медичних послуг. На основі міжнародних емпіричних даних проаналізовано ключові драйвери зростання медичних витрат, проблеми морального ризику та несприятливого відбору, інноваційні механізми контролю витрат та дисбаланс між покриттям ризиків і реальними потребами застрахованих. Виявлено, що глобальний медичний тренд у 2026 році прогнозується на рівні 10,3%, а в окремих регіонах – понад 11,9 відсотків. Обґрунтовано необхідність переходу від традиційного перекидання витрат на застрахованих до активного управління ризиками та оптимізації структури послуг. Запропоновано стратегічні рекомендації для України щодо розвитку ринку ДМС як додаткового джерела фінансування охорони здоров'я в умовах обмеженості бюджетних ресурсів.

Ключові слова: добровільне медичне страхування; глобальні тенденції охорони здоров'я; медична інфляція; управління витратами; страхові ринки; фінансування охорони здоров'я; управління ризиками.

Bilotskiy Viktor, graduate student, Leonid Yuzkov Khmelnytskyi University Of Management And Law, Khmelnytskyi, Ukraine

Global Trends in the Development of Voluntary Health Insurance: Analysis of Costs, Risks and Use of Medical Services

Abstract. Introduction. Voluntary health insurance has emerged as a critical component of healthcare financing systems worldwide, particularly in contexts where public healthcare resources are limited. This research addresses the urgent need to understand global trends in VHI development, particularly in terms of cost dynamics, risk management, and healthcare utilization patterns, which are essential for developing effective insurance strategies in emerging markets like Ukraine.

Purpose. The study aims to investigate global trends in voluntary health insurance development through comprehensive analysis of costs, risks, and medical services utilization to formulate scientifically grounded recommendations for VHI market development in Ukraine.

Results. The study identifies four key macrorends in global voluntary health insurance development through systematic analysis of international empirical data. The research establishes that global voluntary health insurance development is characterized by the convergence of sustained medical cost growth, disease structure rejuvenation, proliferation of expensive innovative treatments, and rapid digitalization of medical services. The analysis reveals a dual effect: intensified financial pressure on insurers, employers, and households alongside enhanced value of voluntary health insurance as a tool for catastrophic cost protection. The study demonstrates that traditional cost-shifting approaches to insured individuals are insufficient and require transition to sophisticated risk management models combining preventive measures, targeted limits for high-cost diseases, and digital solutions. Strategic recommendations for Ukraine were formulated, emphasizing the need for mixed financing models adapted to national conditions and wartime challenges rather than mechanical copying of foreign approaches.

Conclusions. Global trends in voluntary health insurance development are characterized by the convergence of sustained medical cost growth, rejuvenation of disease structure, proliferation of expensive innovative treatments, and rapid digitalization of medical services. This creates a dual effect: on one hand, increased financial pressure on insurers, employers, and households, and on the other hand, enhanced value of VHI as a tool for catastrophic cost protection and improved access to quality healthcare. For Ukraine, facing wartime and post-war challenges, this global trend presents both threats related to rapid medical cost inflation and opportunities for accelerated transition to more digitized, preventive, and catastrophic cost-focused VHI segments.

Keywords: voluntary health insurance; global health trends; medical inflation, cost management, insurance markets, healthcare financing, risk management.

JEL Classification: I13; G22; I11; I18; H51.

Постановка проблеми. Фінансова спроможність систем охорони здоров'я є однією з найбільш актуальних проблем сучасності, оскільки зростаючі витрати на медичні послуги створюють тиск як на державні бюджети, так і на домогосподарства. У

контексті глобалізації та технологічного розвитку добровільне медичне страхування (далі – ДМС) набуває особливого значення як додатковий механізм фінансування охорони здоров'я, що доповнює

¹Стаття надійшла до редакції: 16.02.2026

Received: 16 February 2026

обов'язкове державне страхування та прямі витрати пацієнтів [1].

За прогнозами міжнародних консалтингової компанії WTW [2] та компанії з управління ризиками Aon [3], глобальні витрати на медичне обслуговування зростатимуть в середньому на 10,3% у 2026 році, що вдвічі перевищує загальний рівень інфляції. Водночас, попри зростання абсолютних обсягів фінансування через канали ДМС, залишається не вирішеною проблема ефективності використання ресурсів, збалансування інтересів страховиків, роботодавців і застрахованих, подолання інформаційної асиметрії та управління властивими страховому ринку ризиками. Для України, де бюджетне фінансування охорони здоров'я залишається недостатнім, а реформа медичної галузі перебуває на етапі становлення, розвиток ринку ДМС може стати стратегічним пріоритетом. Проте відсутність системного наукового обґрунтування механізмів функціонування ДМС, недостатнє розуміння глобальних трендів та обмежений досвід імплементації міжнародних практик гальмують розвиток цього сегмента страхового ринку.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У сучасній науковій літературі простежується виразна тенденція до переосмислення ролі добровільного медичного страхування як інструментів перерозподілу медичних витрат, управління ризиками та модифікації структури використання медичних послуг в умовах зростання вартості лікування й бюджетних обмежень систем охорони здоров'я. Дослідники A. Purcel, C. Dragos, C. Mare, S. Dragos [4] доводять, що добровільне медичне страхування активніше розвивається в країнах з обмеженим державним фінансуванням охорони здоров'я та значною часткою власних витрат населення, тоді як зі зростанням ролі обов'язкового страхування потреба в добровільних полісах зменшується. На їх думку, глобальна тенденція розвитку добровільного медичного страхування пов'язана із перерозподілом медичних ризиків, але водночас зберігає ризик посилення нерівності доступу до медичних послуг між різними соціальними групами.

Aguilar-Díaz I. зі співавторами [5] дослідили, що наявність приватного медичного страхування знижує невизначеність щодо майбутніх витрат на лікування та підвищує готовність домогосподарств до прийняття інвестиційних ризиків, формуючи нову конфігурацію фінансової поведінки, в якій частина медичного ризику переноситься на страховика. У світовому вимірі це підкреслює, що розвиток добровільного медичного страхування формує нову конфігурацію фінансових ризиків домогосподарств, де медичний ризик частково переноситься на страховика, а звільнений фінансовий ресурс спрямовується на активніші інвестиції.

Дослідники S. Kanimian, V. Ho [6] відзначають, що постійне зростання вартості страхового покриття, яке

надається роботодавцями, суттєво впливає на глобальні тенденції розвитку добровільного медичного страхування, оскільки зміщує баланс між колективними та індивідуальними формами фінансування медичних послуг. Автори доводять, що підвищення витрат на стаціонарну допомогу та структурні зрушення у системі охорони здоров'я стимулюють роботодавців і працівників шукати альтернативні добровільні формати страхування, в тому числі з більшим використанням власних коштів, франшиз і співстрахування. Зростання вартості колективних полісів, призводить до того, що все більше домогосподарств змушені оптимізувати свої витрати на медичне страхування, обираючи селективні добровільні програми або навіть відмовляючись від частини покриття. Отже, глобальна динаміка витрат на медичні послуги робить добровільне медичне страхування важливим інструментом адаптації до подорожчання медичної допомоги, але одночасно посилює загрозу фінансової вразливості населення з нижчими доходами.

Українські науковці О. Журавка, І. Босак, Т. Кубах та Є. Мордань [7] стверджують, що ринок добровільного медичного страхування в Україні розвивається у руслі світових тенденцій щодо нарощування ролі приватних страхових механізмів у фінансуванні охорони здоров'я, особливо в умовах обмеженості бюджетних ресурсів. Вони виявили стійке зростання страхових премій і виплат за договорами добровільного медичного страхування, що свідчить про поступове поширення практики використання страхових продуктів для покриття медичних витрат серед населення і бізнесу.

О. Сова [8] аналізує сучасний стан медичного страхування в Україні та наголошує, що відставання в розвитку добровільних програм від світових стандартів пов'язано з низькою страховою культурою населення, обмеженою участю держави в регулюванні цього сегмента та відсутністю ефективних стимулів для роботодавців. Автор робить висновок, що включення добровільного медичного страхування до змішаної моделі фінансування охорони здоров'я є необхідною передумовою наближення українського ринку до глобальних тенденцій, де добровільні програми відіграють все більш значну роль у покритті медичних витрат.

О. Захаркін зі співавторами [9] досліджують прозорість системи медичного страхування в Україні та підкреслюють, що недостатня відкритість страховиків щодо умов полісів, структури витрат і результатів діяльності зменшує довіру населення та гальмує розвиток добровільного страхування. Саме підвищення прозорості українського ринку добровільного медичного страхування розглядається ними як необхідна умова інтеграції у глобальний простір, де відкритість інформації та захист прав споживачів стають ключовими елементами довгострокового розвитку.

Узагальнюючи результати аналізу, можна стверджувати, що глобальні дослідження свідчать про зростання значення добровільного медичного страхування як інструменту перерозподілу медичних ризиків і доповнення державних систем, тоді як українські дослідники акцентують на потребі розвитку змішаних моделей фінансування, підвищенні прозорості ринку та адаптації світових практик до національних умов.

Формулювання цілей дослідження. Метою статті є дослідження глобальних тенденцій розвитку добровільного медичного страхування через комплексний аналіз витрат, ризиків та використання медичних послуг для формування науково обґрунтованих рекомендацій щодо розвитку ринку ДМС в Україні.

Виклад основного матеріалу дослідження. Аналіз глобальних тенденцій розвитку добровільного медичного страхування доцільно здійснювати крізь призму чотирьох макротрендів, виокремлених Mercer Marsh Benefits у звітах Health Trends 2025 [1] та Health Trends 2026 [10], оскільки саме вони безпосередньо визначають динаміку витрат, профіль ризиків та інтенсивність використання медичних послуг у

програмах роботодавців. Узагальнення цих тенденцій, їх кількісних параметрів і якісних наслідків дозволяє сформулювати цілісне бачення майбутньої траєкторії розвитку ДМС у світі та в Україні, а також окреслити інструменти управління ризиками, необхідні для збереження фінансової стійкості й соціальної функції добровільного страхового покриття.

Першою ключовою тенденцією є стійке зростання медичних витрат, що за даними глобального опитування 268 страховиків у 67 країнах, зафіксованого у Health Trends 2026 [10], виражається у прогнозованому глобальному медичному тренді на рівні 11,1% при суттєвій регіональній диференціації та зберігатиметься принаймні весь 2026 рік. Медичний тренд за методологією Mercer Marsh Benefits [1,10] визначається як річне зростання вартості страхових претензій на одну застраховану особу та визначає вплив медичної інфляції, зміни структури лікування, інтенсивності використання медичних послуг та регуляторних факторів. У табл. 1 наведено прогнозні оцінки медичного тренду за регіонами, які демонструють, що зростання стає вже новою нормою для більшості ринків.

Таблиця 1 Прогнозований медичний тренд за регіонами у 2026 році

Регіони	2024 р.	2025 р.	2026 р. (прогноз)
Світ (безUS)	10,6%	10,8%	11,1%
Азія	12,2%	12,4%	12,5%
Європа	10,3%	9,5%	9,1%
Близький Схід та Африка	10,9%	12,5%	14,1%
Канада	7,0%	6,9%	8,6%

Джерело: побудовано автором за даними Mercer Marsh Benefits Health Trends 2026 [10]

Стійке зростання медичних витрат має суперечливий вплив на розвиток ДМС. З одного боку, воно підриває доступність страхових планів для роботодавців, особливо малих і середніх, змушуючи їх зменшувати обсяг покриття, переглядати франшизи та підвищувати частку витрат, що несуть самі працівники. З іншого боку, чим дорожчими стають медичні послуги, тим вищою є економічна цінність ДМС як інструмента захисту від катастрофічних витрат, що посилює попит з боку працівників і змушує роботодавців переосмислювати структуру своїх програм на користь більш керованих рішень, а не мінімальних пакетів.

Для України, яка значною мірою імпортує медичну інфляцію через ціни на медикаменти, обладнання та технології, це означатиме, що премії за ДМС зростатимуть швидше за ВВП і заробітні плати, що створюватиме ризик виходу з ринку невеликих роботодавців і подальшої концентрації ДМС у сегменті великих корпорацій. Водночас висока вартість

лікування формуватиме в суспільстві усвідомлення того, що відсутність ДМС суттєво підвищує ризик фінансової вразливості домогосподарств, що може підтримувати корпоративний попит навіть за умов зростання тарифів, переходу до управління ризиком з використанням пакетного ціноутворення, аналізу страхових випадків і модульних програм із окремими блоками захисту від катастрофічних витрат.

Особливу увагу в контексті фінансової стійкості систем ДМС слід приділити аналізу структурних витрат, які класифікуються як «марнотратство», оскільки за оцінками експертів від 3% до 15% загальних витрат на охорону здоров'я щорічно втрачаються через операційну та клінічну неефективність. Понад 76% страховиків висловлюють занепокоєння тим, що неефективне надання допомоги робить плани недоступними в трирічній перспективі [10]. У табл. 2 систематизовано основні джерела таких витрат, що включають непотрібну діагностику, низьковартісне лікування та адміністративні помилки.

Таблиця 2 Джерела втрат у системі ДМС

Категорія втрат	Основні прояви та фінансові наслідки
Неефективне використання місця надання допомоги	Використання швидкої допомоги для неекстрених випадків, звернення до стаціонару замість амбулаторії
Низьковартісна або неефективна допомога	Процедури, призначені за звичкою, скринінги у невідповідному віці, антибіотики при вірусних інфекціях
Адміністративне марнотратство	Помилки у рахунках, неефективні процеси авторизації, неявка пацієнтів на прийоми
Непотрібна діагностика чи лікування	Дублювання тестів, дорогі процедури за наявності ефективних дешевших альтернатив

Джерело: побудовано автором за даними Mercer Marsh Benefits Health Trends 2026 [10]

Аналіз продемонстрував, що критичний рівень занепокоєності страховиків неефективністю медичних послуг свідчить про вичерпання ресурсів традиційної моделі фінансування, яка базується виключно на покритті фактичних витрат без глибокого клініко-економічного аудиту.

Другою тенденцією є трансформація структури захворюваності та драйверів страхових претензій, у якій чільне місце посідає омолодження профілю неінфекційних захворювань і зростання частки катастрофічних випадків. У звіті Health Trends 2025 [1]

зазначено, що 82% страховиків у глобальному опитуванні повідомили про зростання лікування раку в осіб молодше 50 років протягом останніх п'яти років. Онкологія разом із серцево-судинними, опорно-руховими, респіраторними та гастроінтестинальними захворюваннями формують основні діагностичні кластери, які генерують найбільші витрати в програмах медичного страхування. У табл. 3 узагальнено ключові кількісні характеристики цієї тенденції, які прямо пов'язують структурний зсув у захворюваності зі стійким зростанням медичного тренду.

Таблиця 3 Захворюваність і катастрофічні ризики у світі

Показники	Параметри
Частка страховиків, що повідомили про зростання лікування раку в осіб молодше 50 років за 5 років	82% глобально та до 84% у Європі
Основні діагностичні групи, які є драйверами витрат за їх обсягом	Онкологія, захворювання серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату, респіраторні
Характеристика катастрофічних претензій	Катастрофічні страхові випадки дедалі частіше наближають працівників до вичерпання довічних лімітів страхового покриття

Джерело: побудовано автором за даними Health Trends 2025 [1]

Омолодження онкологічних і серцево-судинних ризиків означає, що дорогі хронічні та гострі захворювання все частіше виникають у працездатному віці й безпосередньо впливають на корпоративні програми ДМС, збільшуючи кількість катастрофічних претензій, прискорюючи досягнення лімітів покриття та роблячи традиційні моделі тарифікації недостатньо стійкими. Mercer Marsh Benefits [10] наголошує, що такі зміни не лише збільшують середню вартість виплат, а й підвищують частоту випадків, коли працівники вичерпують довічні ліміти, після чого фінансове навантаження повертається до домогосподарств. Водночас усвідомлення цієї тенденції стимулює страховиків і роботодавців посилювати превентивну складову ДМС та розвивати програми ранньої діагностики, скринінгів, навігації онкопацієнтів, переглядати структуру лімітів покриття

та виділяти окремі блоки для онкології та інших захворювань.

В Україні поєднання післявоєнних стресів, змін способу життя, низького рівня профілактичних оглядів і нерівного доступу до діагностики вже створює умови для зростання онкологічних та кардіометаболічних захворювань, тому ризики за цими напрямками в портфелях ДМС, імовірно, зростатимуть швидше, ніж раніше. Якщо не будуть оновлюватися продукти ДМС та не виділятися окремі онкологічні модулі, не впроваджуватися програми управління випадками, дедалі частіше будуть виникати ситуації, коли поліс формально є, але не дає достатнього фінансового захисту, і ризик катастрофічних витрат знову лягатиме на домогосподарства.

Третьою ключовою тенденцією є поява й швидке поширення високовартісних фармацевтичних інновацій, насамперед препаратів для лікування

ожиріння та діабету, який Mercer Marsh Benefits [10] прямо виокремлює як один із факторів додаткового зростання медичного тренду в розвинених країнах. У галузевих коментарях на основі Health Trends 2025-2026 оцінюється, що поширення нових препаратів для контролю ваги й метаболічних порушень може

додавати орієнтовно 1–1,2% до медичного тренду на окремих ринках, насамперед там, де спостерігається швидке зростання попиту з боку пацієнтів. У табл. 4 узагальнено основні характеристики впливу інноваційних терапій на витрати й покриття в ДМС.

Таблиця 4 **Інноваційна терапія в контексті Health Trends 2025–2026**

Показники	Характеристика
Оцінка впливу нових препаратів для ожиріння на медичний тренд	1–1,2% до медичного тренду у розвинених країнах
Характеристика покриття	Мають високу вартість, зазвичай не входять до стандартних планів, покриття обмежене й надається вибірково
Очікування щодо використання	Очікується подальше зростання найближчими роками

Джерело: побудовано автором за даними Health Trends 2026 [10]

З погляду розвитку ДМС, поява таких терапій створює додатковий прошарок витрат, які традиційні страхові продукти не встигають інтегрувати у свою тарифну систему. Це генерує розрив між медичними можливостями та фактичним покриттям, коли частина пацієнтів отримує доступ до інновацій в межах ДМС або корпоративних програм, тоді як інші вимушені оплачувати лікування власними коштами або відмовлятися від терапії. За умови чітких клінічних критеріїв, процедур попереднього погодження призначень і зрозумілих схем співплати інноваційні препарати можуть у довгостроковій перспективі зменшити ризик ускладнень діабету, серцево судинних випадків та інших наслідків ожиріння, що з часом здатне пом'якшити зростання медичних витрат, навіть якщо на початку вони підвищуватимуть загальний рівень витрат.

У найближчі роки доступ до таких терапій в Україні, найімовірніше, залишатиметься обмеженим через їх високу вартість і логістичні труднощі, але їх поява у пропозиціях великих приватних мереж і корпоративних програм ДМС є питанням часу. Якщо на етапі впровадження не встановити прозорі правила

покриття, орієнтовані на пацієнтів високого ризику та підтверджену неефективність стандартного лікування, існує ризик різкого зростання витрат без належного клініко економічного результату, що посилить тиск на страхові тарифи й обмежить доступність добровільного медичного страхування.

Четверта тенденція, яка структурує майбутнє ДМС, пов'язана з дефіцитом ресурсів у системах охорони здоров'я та швидкою цифровою оптимізацією маршрутів пацієнта, діагностики й адміністрування претензій. У Health Trends 2026 [10] наголошується, що дефіцит медичного персоналу, зростаюче навантаження на публічні системи й затримки в доступі до первинної та спеціалізованої допомоги посилюють частку дорогих госпіталізацій і складних випадків, тоді як телемедицина та рішення на базі штучного інтелекту дедалі частіше розглядаються як ключові інструменти оптимізації затрат і підвищення доступності. У табл. 5 узагальнено основні цифрові тренди, які Mercer Marsh Benefits виділяє як критичні для балансування між контролем витрат і оптимізацією страхових виплат у програмах ДМС.

Таблиця 5 **Цифровізація та штучний інтелект у програмах медичного страхування**

Показники	Тенденція
Роль рішень на основі штучного інтелекту	Штучний інтелект згадується серед ключових технологій для діагностики, обробки зображень та аналітики даних
Інтеграція віртуальної допомоги	Віртуальна допомога стає основним форматом, значна частина страховиків включає її до стандартних планів
Роль цифрових рішень у стримуванні витрат	Технології та дані розглядаються як ключ до поєднання контролю витрат і оптимізації страхових виплат

Джерело: побудовано автором за даними Health Trends 2026 [10]

За відсутності цифрових рішень брак медичного персоналу й перевантаження державних закладів призводять до затримок у наданні допомоги, накопичення невирішених випадків і зростання ускладнень, що формують катастрофічні виплати та підштовхують медичні витрати до зростання. Натомість інтеграція телемедицини, ШІ діагностики,

цифрового сортування звернень і аналітики претензій у програми ДМС допомагає зменшити кількість зайвих візитів, раніше виявляти пацієнтів із високим ризиком і оптимізувати маршрути до спеціалістів, одночасно стримуючи витрати й підвищуючи доступність послуг.

В умовах суттєвої нестачі лікарів в Україні, що посилилася внаслідок війни та міграції, розвиток ДМС

із використанням телемедицини й цифрових рішень може стати одним із небагатьох реалістичних механізмів забезпечення своєчасного доступу до медичної допомоги та зниження довгострокового тиску на страхові тарифи.

У сукупності розглянуті чотири макротренди визначають нову глобальну конфігурацію ризиків і можливостей для добровільного медичного страхування. Світовий ринок ДМС поступово відходить від підходу, коли головний акцент робиться лише на широту покриття, і переходить до моделі, де першочерговими є управління ризиками та отримання цінності для застрахованих. У цьому контексті зростає роль ранньої діагностики, окремих лімітів на лікування дорогих захворювань, уважного відбору інноваційних методів лікування з огляду на їхню медичну та економічну доцільність, а також розгортання цифрових сервісів як базового інструмента контролю витрат і розширення доступу до медичної допомоги.

В умовах України, яка переживає воєнні й післявоєнні зміни, такий глобальний тренд несе як загрози, пов'язані зі швидким зростанням вартості медичних послуг, накопиченням онкологічних і кардіометаболічних ризиків та можливим неконтрольованим впровадженням дорогих інновацій без чітких правил покриття, так і шанси на швидкий перехід до більш цифровізованого, превентивного та орієнтованого на захист від катастрофічних витрат сегмента ДМС. Тому ключове завдання розвитку

добровільного медичного страхування в Україні полягає не в механічному копіюванні зарубіжних підходів, а в їх осмисленій адаптації до українських умов.

Висновки. Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що глобальні тенденції розвитку добровільного медичного страхування визначаються поєднанням стійкого зростання медичних витрат, омолодження структури захворюваності, поширення дорогих інноваційних методів лікування та швидкої цифровізації медичних послуг. Це створює подвійний ефект та з одного боку, посилюється фінансовий тиск на страхувальників, роботодавців і домогосподарства, з іншого – зростає цінність ДМС як інструменту захисту від катастрофічних витрат і поліпшення доступу до якісної медичної допомоги, що особливо актуально для України в умовах воєнних та поствоєнних викликів. Збереження стійкості ринку ДМС потребує переходу від простого розширення обсягу покриття до більш складних моделей управління ризиком, які поєднують превентивні заходи, цільові ліміти для високовартісних захворювань та активне використання цифрових рішень у процесах андеррайтингу, врегулювання збитків і супроводу пацієнтів. Подальші дослідження доцільно зосередити на визначенні впливу телемедицини та штучного інтелекту на зміну структури використання медичних послуг, фінансових результатів страховиків і рівня задоволеності застрахованих осіб у національному контексті.

Література:

1. Mercer Marsh Benefits. Health Trends 2025: Top health trends shaping employer-sponsored benefits. 2025. URL: <https://www.mercer.com/en-om/insights/total-rewards/employee-benefits-optimization/top-health-trends-for-2025/>.
2. WTW. 2026 Global Medical Trends Survey. 2025. URL: <https://www.wtwco.com/en-cm/insights/2025/10/2026-global-medical-trends-survey>.
3. Aon. The Global Medical Trend Rates Report 2026. 2023. URL: <https://www.aon.com/en/insights/reports/the-global-medical-trend-rates-report>.
4. A. Purcel, C. Dragos, C. Mare, S. Dragos. Voluntary health insurance and out-of-pocket payments in European OECD countries, *Economic Modelling, Elsevier*, 2023 vol. 120(C). DOI: 10.1016/j.econmod.2023.106190.
5. Aguiar-Díaz I., Ruiz-Mallorquí M. V., Private Health Insurance and Financial Risk Taking in Spain: The Moderating Effect of Subjective Risk Tolerance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, No. 23. DOI: 10.3390/ijerph192316248.
6. S. Kanimian, V. Ho. Why does the cost of employer-sponsored coverage keep rising? *Health Affairs Scholar*. 2024. Vol. 2, No. 6. DOI: 10.1093/haschl/qxae078.
7. Журавка О., Босак І., Кубах Т., Мордань Є. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування України. *Вісник СумДУ, Серія «Економіка»*. 2022. № 2. URL: https://visnyk.fem.sumdu.edu.ua/issues/2_2022/5.pdf.
8. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Науковий журнал економічного профілю університету «КРОК»*. 2020. Вип. 1. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/statti/sova_0019.pdf.
9. Zakharkin O., Zakharkina L., Srovnalikova P., Novikov V., Basanets I. Evaluation of the Transparency of the Medical Insurance System in Ukraine. *Health Economics and Management Review*. 2022. Vol. 3, No. 3. P. 51–59. DOI: 10.21272/hem.2022.3-05.
10. Mercer Marsh Benefits. Health Trends 2026: Balancing cost control with benefits optimization. 2026. URL: <https://www.mercer.com/insights/total-rewards/employee-benefits-optimization/mmb-health-trends/>

References:

1. Mercer Marsh Benefits. (2025). *Health trends 2025: Top health trends shaping employer-sponsored benefits*. <https://www.mercer.com/en-om/insights/total-rewards/employee-benefits-optimization/top-health-trends-for-2025/>
2. WTW. (2025). *2026 global medical trends survey*. <https://www.wtwco.com/en-cm/insights/2025/10/2026-global-medical-trends-survey>.
3. Aon. (2023). *The global medical trend rates report 2026*. <https://www.aon.com/en/insights/reports/the-global-medical-trend-rates-report>.
4. Purcel, A., Dragos, C., Mare, C., & Dragos, S. (2023). Voluntary health insurance and out-of-pocket payments in European OECD

- countries. *Economic Modelling*, 120(C). <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2023.106190>.
5. Aguiar-Díaz, I., & Ruiz-Mallorquí, M. V. (2022). Private health insurance and financial risk taking in Spain: The moderating effect of subjective risk tolerance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph192316248>.
 6. Kanimian, S., & Ho, V. (2024). Why does the cost of employer-sponsored coverage keep rising? *Health Affairs Scholar*, 2(6). <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae078>.
 7. Журавка, О., Босак, І., Кубах, Т., & Мордань, Є. (2022). Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування України. *Вісник СумДУ, Серія «Економіка»*, 2. https://visnyk.fem.sumdu.edu.ua/issues/2_2022/5.pdf.
 8. Сова, О. Ю. (2020). Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Науковий журнал економічного профілю університету «КРОК»*, 1. https://library.krok.edu.ua/media/library/category/statti/sova_0019.pdf.
 9. Zakharkin, O., Zakharkina, L., Srovnalikova, P., Novikov, V., & Basanets, I. (2022). Evaluation of the transparency of the medical insurance system in Ukraine. *Health Economics and Management Review*, 3(3), 51–59. <https://doi.org/10.21272/hem.2022.3-05>.
 10. Mercer Marsh Benefits. (2026). *Health trends 2026: Balancing cost control with benefits optimization*. <https://www.mercer.com/insights/total-rewards/employee-benefits-optimization/mmb-health-trends/>.
-



Ця робота ліцензована Creative Commons Attribution 4.0 International License