

УДК 369.06

DOI: https://doi.org/10.31521/modecon.V58(2026)-10

Гузела І. А., доктор філософії, доцент кафедри фінансів ім. С. І. Юрія, Західноукраїнський національний університет, м. Тернопіль, Україна

ORCID: 0009-0008-2274-8788

e-mail: huzela1996@ukr.net

Моделі медичного страхування у зарубіжних країнах та напрями їх імплементації в Україні

Анотація. У статті досліджено основні моделі медичного страхування, сформовані у зарубіжних країнах, зокрема моделі Бісмарка, Беверіджа, національного медичного страхування та приватну модель. Проаналізовано особливості їх організації, джерела фінансування, роль держави, роботодавців, страхових організацій і громадян у забезпеченні медичної допомоги. Визначено основні переваги та ризики кожної моделі з урахуванням рівня доступності медичних послуг, соціальної солідарності, фінансової стійкості та ефективності використання ресурсів. Проведено порівняльний аналіз зарубіжних моделей та обґрунтовано доцільність використання окремих їх елементів в Україні. Встановлено, що механічне перенесення будь-якої зарубіжної моделі в українські умови є недоцільним через відмінності в економічних, соціальних, демографічних та інституційних умовах. Обґрунтовано напрями імплементації окремих елементів зарубіжного досвіду, серед яких солідарне медичне страхування, участь роботодавців у фінансуванні, державні гарантії базової медичної допомоги, централізована закупівля медичних послуг, залучення приватних надавачів та розвиток добровільного медичного страхування. Запропоновано формування змішаної моделі медичного страхування в Україні, яка поєднуватиме державне фінансування і гарантії, страхові механізми та можливості приватного сектору. Визначено, що поетапна імплементація зарубіжного досвіду з урахуванням фінансових можливостей держави, населення та роботодавців сприятиме диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я, підвищенню доступності медичних послуг, зміцненню фінансової стійкості системи та посиленню соціального захисту населення.

Ключові слова: медичне страхування, моделі фінансування охорони здоров'я, зарубіжний досвід, соціальне страхування, державне фінансування, добровільне медичне страхування, доступність медичної допомоги, фінансова стійкість, імплементація зарубіжного досвіду.

Huzela I., Doctor of Philosophy, Associate Professor of the Department of Finance named after S. I. Yuriy, West Ukrainian National University, Ternopil, Ukraine

Health insurance models in foreign countries and directions of their implementation in Ukraine

Abstract. Introduction. Health insurance is an important mechanism for financial support of health care and social protection of the population. In foreign countries, various models of its organization and financing have been formed, differing in the role of the state, employers, insurance organizations and citizens.

For Ukraine, the search for the optimal combination of state, insurance and private financing, taking into account national conditions, is relevant. At the same time, direct borrowing of foreign experience is inappropriate, since the effectiveness of individual models depends on the socio-economic and institutional characteristics of the state. Therefore, it is important to determine the advantages and disadvantages of foreign models and justify the possibilities of implementing their individual elements in Ukraine.

Purpose is to study foreign models of health insurance, determine the features of their organization and financing, and also substantiate the possibilities of implementation individual elements of these models to the conditions of Ukraine.

Results. As a result of the study, the main models of health insurance in foreign countries: Bismarck, Beveridge, national and private were analyzed and the features of their financing, organization of medical care and the role of the state were determined. The advantages and disadvantages of each model were established and the inexpediency of their direct transfer to Ukrainian conditions was substantiated. The most appropriate elements of foreign experience for implementation in Ukraine were determined, in particular, solidarity insurance, employer participation in financing, state guarantees of basic medical care, centralized procurement of medical services and the development of voluntary medical insurance. The feasibility of forming a mixed model of health insurance that would combine state financing and guarantees, insurance mechanisms and the capabilities of the private sector was substantiated. It was established that the phased implementation of these elements, taking into account the socio-economic and institutional conditions of Ukraine, can contribute to increasing the accessibility of medical care, diversifying the sources of its financing and strengthening the financial sustainability of the health care system.

Conclusions. The study showed that foreign models of health insurance have different mechanisms for financing and organizing medical care, and their effectiveness depends on the socio-economic and institutional conditions of a particular state. Therefore, it is inappropriate for Ukraine to directly introduce any individual model.

The most reasonable approach is to form a mixed approach that will combine state financing and guarantees, solidarity insurance mechanisms, employer participation and the possibility of voluntary health insurance. At the same time, the adaptation

¹Стаття надійшла до редакції: 12.08.2026

Received: 12 August 2026

of foreign experience should be carried out gradually, taking into account the financial capabilities of the state, the population and employers.

The proposed approach can contribute to the diversification of sources of health care financing, increasing the availability of medical services, strengthening the financial sustainability of the system and strengthening social protection of the population.

Keywords: health insurance, health care financing models, foreign experience, social insurance, state financing, voluntary health insurance, accessibility of medical care, financial sustainability, implementation of foreign experience.

JEL Classification: G 22, I 11, I 18.

Постановка проблеми. Сучасний розвиток системи охорони здоров'я в Україні характеризується необхідністю пошуку ефективних механізмів фінансування та забезпечення доступності медичної допомоги для населення. Попри здійснення реформ у сфері охорони здоров'я та запровадження нових підходів до фінансування медичних послуг, питання формування ефективної системи медичного страхування залишається дискусійним. Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах обмеженості державних фінансових ресурсів, зростання потреб населення у медичних послугах та необхідності забезпечення належної якості й доступності медичної допомоги.

У світовій практиці сформувалися різні моделі організації та фінансування медичного страхування, які відрізняються за джерелами фінансування, роллю держави, роботодавців і громадян, механізмами розподілу коштів та ступенем участі приватного сектору. Серед найбільш поширених підходів виділяють моделі, сформовані на основі принципів Бісмарка, Беверіджа, національного та приватного медичного страхування, а також їхні комбіновані варіанти. Досвід держав, які використовують зазначені моделі, може бути корисним для визначення можливих напрямів подальшого розвитку системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

Водночас пряме перенесення зарубіжних моделей у вітчизняну практику є недоцільним, оскільки ефективність кожної з них залежить від особливостей економічного розвитку держави, рівня доходів населення, стану ринку праці, демографічної структури, інституційної спроможності держави та сформованої системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим виникає необхідність не лише дослідити особливості функціонування моделей медичного страхування в різних країнах, а й здійснити їх порівняльний аналіз з метою визначення окремих елементів, які можуть бути імплементовані до українських реалій.

Таким чином, проблематика дослідження полягає у визначенні найбільш доцільних підходів до використання зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні та формуванні обґрунтованих пропозицій щодо можливого поєднання його окремих елементів з урахуванням національних соціально-економічних та інституційних особливостей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематика медичного страхування

досліджувалася як українськими, так і зарубіжними науковцями.

Сучасні дослідження Попович Д., Капітанчук М. [1], Лепетан І., Жарлінська Р. [2], Кужелев М., Стабіас С. [3], Федорович І. [4], Білоцький В. [6], Смірнова В. [7], Абдуллаєва А., Гнидюк І., Людковська Ю. [8] Януль І. [9], Шевців М. [10] та інших науковців зосереджені на питаннях функціонування медичного страхування, особливостях його моделей, механізмах фінансування та можливостях використання зарубіжного досвіду в Україні.

Водночас, незважаючи на значний науковий доробок, недостатньо дослідженим залишається питання комплексного порівняння зарубіжних моделей медичного страхування та визначення найбільш доцільних для імплементції до українських умов. Це зумовлює необхідність подальшого дослідження переваг і недоліків різних моделей та обґрунтування можливостей імплементції їх окремих елементів в Україні.

Формулювання цілей дослідження. Метою дослідження є порівняльний аналіз зарубіжних моделей медичного страхування та визначення можливостей імплементції їх найбільш ефективних елементів до сучасних соціально-економічних умов України.

Виклад основних результатів дослідження. Організація та фінансування системи охорони здоров'я є одним із ключових питань соціально-економічної політики держави. Від обраного механізму фінансування залежить рівень доступності медичної допомоги, ступінь фінансового захисту населення та можливості держави забезпечувати належну якість медичних послуг. У зв'язку з цим у різних країнах сформувалися відмінні підходи до організації медичного страхування, що зумовлено особливостями їх економічного розвитку, державного управління, системи соціального забезпечення та рівня участі приватного сектору.

Світовий досвід свідчить, що не існує універсальної моделі медичного страхування, яка могла б однаково ефективно функціонувати в усіх країнах. Кожна держава формує власну систему, поєднуючи державне фінансування, страхові внески, податкові надходження та приватне страхування у різних пропорціях. Водночас у міжнародній практиці можна виокремити декілька основних моделей, які стали основою для формування сучасних систем охорони здоров'я.

Найбільш поширеними є модель Бісмарка, модель Беверіджа, модель національного медичного

страхування та приватна модель. Вони відрізняються насамперед джерелами фінансування, роллю держави у забезпеченні медичної допомоги, участю роботодавців і населення, механізмами страхування та організацією надання медичних послуг.

Для визначення можливостей використання зарубіжного досвіду в Україні варто розглянути особливості кожної з наведених моделей, визначити їх основні переваги та недоліки, а також провести їх порівняння за ключовими критеріями. Такий підхід дозволить встановити, які механізми є найбільш ефективними та можуть бути імplementовані до сучасних українських умов.

Однією з найвідоміших моделей організації медичного страхування є модель Бісмарка, яка бере свій початок у Німеччині. Її формування пов'язують із соціальними реформами канцлера Отто фон Бісмарка та запровадженням у 1883 році обов'язкового страхування на випадок хвороби для окремих категорій працівників. Саме ця система стала історичною основою розвитку соціального медичного страхування та надалі вплинула на формування систем охорони здоров'я в інших європейських державах.

Основою моделі Бісмарка є принцип обов'язкового соціального медичного страхування, відповідно до якого фінансування медичної допомоги здійснюється переважно за рахунок страхових внесків. На відміну від систем, що ґрунтуються переважно на загальному оподаткуванні, у цій моделі фінансові ресурси формуються безпосередньо через страхові платежі, пов'язані з доходами застрахованих осіб. У класичному варіанті основне фінансове навантаження розподіляється між працівниками та роботодавцями, що забезпечує їх спільну участь у фінансуванні системи охорони здоров'я.

Сучасна система Німеччини зберігає цю ключову особливість, хоча зазнала значної трансформації порівняно з історичною моделлю. Обов'язкове державне медичне страхування (GKV) фінансується за рахунок внесків, що залежать від доходів, федеральної бюджетної субсидії та інших надходжень.

Важливою характеристикою моделі є солідарний принцип фінансування. Розмір внесків залежить передусім від фінансових можливостей застрахованої особи, тоді як обсяг необхідної медичної допомоги не визначається розміром її доходу. Таким чином, особи з вищими доходами сплачують більші внески, однак це не означає автоматичного отримання ними більшого обсягу медичних послуг. У німецькій системі принцип солідарності поєднується із забезпеченням медичних послуг відповідно до потреб застрахованих.

Ще однією важливою особливістю є наявність страхових фондів, через які організовується фінансування медичної допомоги. У Німеччині функціонує система обов'язкового медичного страхування, представлена численними страховими фондами. Кошти, що надходять від страхових внесків та державного фінансування, спрямовуються до

спеціального фонду охорони здоров'я, після чого розподіляються між страховими фондами з урахуванням характеристик їх застрахованого населення. При цьому враховуються, зокрема, вік, стать та ризики, пов'язані зі станом здоров'я застрахованих осіб. Такий механізм має на меті зменшити фінансові відмінності між страховими фондами та запобігти ситуації, коли організації з великою кількістю хворих або літніх людей опиняються у гіршому фінансовому становищі.

Особливістю моделі Бісмарка є також розподіл відповідальності між основними учасниками системи. Працівники та роботодавці беруть участь у фінансуванні страхування, страхові фонди забезпечують організацію страхового покриття та оплату медичної допомоги, а держава визначає правові та фінансові рамки функціонування системи. При цьому держава не обов'язково виступає безпосереднім постачальником усіх медичних послуг, що дозволяє залучати до системи як державні, так і приватні медичні заклади.

Важливе місце в цій моделі займає взаємозв'язок між страховим покриттям та принципом соціальної солідарності. У Німеччині медичне страхування охоплює майже 90% населення, а члени системи отримують медичний захист незалежно від індивідуального рівня медичного ризику. Крім того, певні члени сім'ї можуть бути співзастраховані без сплати окремого внеску, що посилює соціальну спрямованість системи.

Водночас модель Бісмарка не передбачає повної відсутності державного фінансування. Сучасна німецька система поєднує страхові внески з бюджетними трансфертами. Це свідчить про те, що сучасна модель значно складніша за її класичний історичний варіант і фактично поєднує декілька джерел фінансування. Отже, характеризувати модель Бісмарка виключно як систему, що фінансується внесками працівників і роботодавців, було б надто спрощено.

Серед основних переваг даної моделі можна виокремити стабільність страхового фінансування, високий рівень соціальної солідарності, розподіл фінансового навантаження між роботодавцями та працівниками, широке охоплення населення та можливість залучення недержавних постачальників медичних послуг. Крім того, функціонування декількох страхових фондів створює умови для певного вибору та конкуренції між ними, водночас держава встановлює загальні правила їх діяльності.

Разом із тим модель має і певні обмеження. Її фінансова стійкість значною мірою залежить від ситуації на ринку праці та обсягу доходів, з яких сплачуються страхові внески. За умов старіння населення, скорочення кількості зайнятих або уповільнення економічного зростання співвідношення між кількістю платників внесків і потребами отримувачів медичної допомоги може погіршуватися.

Для Німеччини питання зростання витрат на медичне страхування вже є предметом актуальної політики: у 2026 році були схвалені заходи, спрямовані на стримування зростання витрат системи обов'язкового медичного страхування.

«Основна критика моделі Бісмарка полягає в тому, як забезпечити догляд за тими, хто не може працювати або не може дозволити собі платити внески, включаючи старіння населення та дисбаланс між пенсіонерами та працівниками, а також, як залишатися конкурентоспроможними в залученні міжнародних компаній, які можуть віддати перевагу місцям найму працівників без цих обов'язкових відрахувань від заробітної плати» [1].

Отже, модель Бісмарка являє собою не просто систему обов'язкової сплати страхових внесків, а комплексний механізм, у якому поєднуються страхове фінансування, принцип соціальної солідарності, державне регулювання, діяльність страхових фондів та участь різних суб'єктів у наданні медичної допомоги. Її головною особливістю є прагнення забезпечити відповідність між фінансовою участю громадян та їхнім правом на отримання необхідної медичної допомоги.

Для України ця модель становить особливий інтерес, оскільки передбачає можливість переходу від переважно бюджетного фінансування до більш диверсифікованої системи, у якій страхові внески можуть стати додатковим джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я. Водночас її пряме копіювання було б недоцільним: українська система має іншу структуру зайнятості, рівень доходів, демографічні характеристики та інституційні можливості.

На нашу думку, найбільш обґрунтованим для імплементації в Україні є такі елементи моделі Бісмарка, як обов'язкове соціальне медичне страхування, солідарне фінансування, участь роботодавців у формуванні страхових ресурсів, перерозподіл коштів між застрахованими особами та чітке державне регулювання системи. Водночас їх імплементація має відбуватися поетапно та з урахуванням українських соціально-економічних умов, що дозволить уникнути надмірного фінансового навантаження на населення та роботодавців.

Наступною моделлю, яка суттєво відрізняється від моделі Бісмарка за принципами формування фінансових ресурсів, є модель Беверіджа. Її формування пов'язане з Великою Британією та реформуванням системи охорони здоров'я на основі положень доповіді Вільяма Беверіджа. На відміну від страхового підходу, характерного для моделі Бісмарка, основою моделі Беверіджа є переважно державне фінансування медичної допомоги за рахунок загальних податкових надходжень.

Основною особливістю цієї моделі є те, що доступ населення до медичної допомоги не залежить безпосередньо від сплати індивідуальних страхових внесків. Медична допомога фінансується переважно з

державного бюджету, а право на її отримання визначається загальними соціальними гарантіями. Таким чином, фінансове навантаження розподіляється між населенням через систему оподаткування, а держава відіграє значно більшу роль у забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я.

Важливим принципом моделі Беверіджа є універсальність медичного забезпечення, відповідно до якої медична допомога має бути доступною для всього населення незалежно від рівня доходу, зайнятості або індивідуальних можливостей щодо сплати страхових внесків. Такий підхід дає змогу забезпечувати високий рівень соціальної рівності у доступі до медичних послуг та зменшувати ризик фінансового виключення окремих категорій населення.

Значна роль держави проявляється не лише у фінансуванні, а й в організації та регулюванні системи охорони здоров'я. Держава визначає обсяги фінансування, пріоритетні напрями використання коштів, загальні правила функціонування медичних закладів та порядок надання медичної допомоги. У класичному варіанті моделі значна частина медичних закладів перебуває у державній або публічній власності, а медичні працівники можуть працювати в системі, що фінансується та регулюється державою.

Водночас сучасні системи, які сформувалися на основі принципів Беверіджа, не є повністю однорідними та державними. У них можуть функціонувати приватні медичні заклади, приватні страхові компанії та інші недержавні суб'єкти. Це свідчить про поступове поєднання державних та ринкових механізмів, що дає змогу підвищувати гнучкість системи та розширювати можливості вибору для населення.

До основних переваг моделі Беверіджа належить насамперед можливість забезпечення універсального доступу до медичної допомоги. Оскільки основним джерелом фінансування є податкові надходження, доступ до базових медичних послуг не ставиться у пряму залежність від наявності в особи страхового стажу або можливості сплачувати страхові внески. Це особливо важливо для осіб із низькими доходами, безробітних, пенсіонерів та інших соціально вразливих категорій населення.

Ще однією перевагою є можливість централізованого планування та контролю за використанням фінансових ресурсів. Держава має можливість визначати пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я, здійснювати контроль за розподілом бюджетних коштів та реалізовувати загальнонаціональні програми профілактики й лікування. Крім того, відсутність необхідності формувати значну кількість страхових фондів може спрощувати організаційну структуру системи.

Разом із тим модель Беверіджа має і певні недоліки. Її фінансова спроможність безпосередньо залежить від стану державних фінансів та обсягу

податкових надходжень. У періоди економічного спаду скорочення бюджетних можливостей може негативно впливати на рівень фінансування охорони здоров'я. Крім того, значна централізація системи може призводити до адміністративних обмежень, виникнення черг на отримання окремих видів медичної допомоги та недостатньої гнучкості у реагуванні на потреби населення.

Таким чином, модель Беверіджа характеризується переважанням бюджетного фінансування, високим рівнем державної участі та орієнтацією на забезпечення загальної доступності медичної допомоги. На відміну від моделі Бісмарка, де центральне місце займають страхові внески та діяльність страхових фондів, модель Беверіджа базується переважно на податковому фінансуванні та безпосередній відповідальності держави за організацію системи охорони здоров'я.

Порівняння цих двох моделей дозволяє зробити важливий висновок: відмінності між ними полягають не лише у джерелах фінансування, а й у розподілі відповідальності між державою, роботодавцями та населенням. У моделі Бісмарка значна частина фінансового навантаження покладається на систему обов'язкового страхування, тоді як у моделі Беверіджа основна відповідальність за фінансування медичної допомоги покладається на державу через механізм оподаткування. Водночас сучасний розвиток обох моделей свідчить про поступове зближення їх окремих елементів та формування змішаних систем.

Отже, «система Беверіджа є однією з поширених моделей охорони здоров'я, що забезпечує доступність медичних послуг для всіх громадян незалежно від їхнього економічного статусу. Хоча вона має певні недоліки, такі як можливі черги на послуги та залежність від економічної ситуації, її принципи забезпечують рівність в медичному обслуговуванні та підвищення рівня здоров'я населення за рахунок профілактики і базових медичних послуг, доступних для всіх» [2].

Для України розгляд моделі Беверіджа має особливе значення, оскільки вітчизняна система охорони здоров'я історично значною мірою орієнтувалася на бюджетне фінансування. Тому досвід країн, у яких поєднуються загальнодержавне фінансування, гарантований доступ до медичної допомоги та використання додаткових страхових механізмів, може бути корисним для визначення напрямів подальшого розвитку української системи. Водночас, як і у випадку з моделлю Бісмарка, доцільним є не пряме перенесення зарубіжного досвіду, а визначення окремих механізмів, які можуть бути імplementовані до соціально-економічних та інституційних умов України, зокрема універсального доступу до медичної допомоги, державного фінансування базових медичних послуг, централізованого планування та контролю за

використанням коштів, а також розвитку профілактичної медицини.

Наступною моделлю, яка поєднує окремі елементи моделей Бісмарка та Беверіджа, є національна модель медичного страхування. Її особливістю є поєднання державного фінансування медичної допомоги з переважно приватним характером її надання. «Національна модель медичного страхування є певним симбіозом моделей В. Беверіджа та О. Бісмарка саме тому її ще називають моделлю Національного медичного страхування з одноплатником. Ця модель системи охорони здоров'я передбачає, що уряд країни має виступати єдиним платником медичних послуг (модель В. Беверіджа), але постачальники цих послуг мають бути приватними інститутами (модель О. Бісмарка). При цьому медичне страхування не має бути прибутковим, а надання медичних послуг здійснюється для всіх верст населення» [3].

Основною особливістю національної моделі є централізація фінансування. На відміну від моделі Бісмарка, де фінансові ресурси акумулюються через систему страхових фондів, у національній моделі основним платником виступає єдиний державний страховик або державна структура. Це дає змогу централізовано акумулювати кошти та здійснювати їх розподіл відповідно до потреб населення. Водночас безпосереднє надання медичних послуг може здійснюватися незалежними приватними лікарями, клініками та іншими медичними установами.

Важливим принципом цієї моделі є універсальність медичного забезпечення. Право на отримання медичної допомоги не залежить безпосередньо від рівня доходу особи, її місця роботи чи можливості сплачувати окремі страхові внески. Фінансові ресурси формуються переважно за рахунок податкових надходжень, після чого спрямовуються на оплату медичних послуг для населення. Таким чином, забезпечується розподіл фінансового ризику між усіма громадянами.

Поєднання єдиного платника з приватними постачальниками медичних послуг створює можливість для розмежування фінансування та надання медичної допомоги. Держава відповідає за акумулювання та розподіл фінансових ресурсів, встановлення правил оплати медичних послуг і забезпечення загального доступу населення до медичної допомоги. Водночас приватні медичні заклади отримують можливість конкурувати за пацієнтів та кошти системи, що потенційно може сприяти підвищенню якості та ефективності медичних послуг.

Однією з важливих переваг національної моделі є можливість контролювати загальні витрати на охорону здоров'я. Наявність єдиного платника спрощує планування фінансових ресурсів, встановлення єдиних правил оплати медичних послуг та контроль за їх вартістю. Крім того, централізоване фінансування дає

змогу перерозподіляти кошти на користь населення з вищими медичними потребами, що відповідає принципу соціальної солідарності.

Ще однією перевагою є можливість поєднання державних гарантій із конкуренцією між надавачами медичних послуг. На відміну від системи, в якій держава одночасно фінансує та безпосередньо надає більшість медичних послуг, національна модель дозволяє розмежувати ці функції. Це створює передумови для залучення приватного сектору без відмови від принципу загальнодоступності медичної допомоги.

Водночас модель має і певні недоліки. Значна залежність від державного фінансування означає, що її стабільність визначається станом економіки та обсягом бюджетних ресурсів. Обмеженість фінансування може призводити до скорочення доступності окремих видів медичної допомоги, виникнення черг або необхідності додаткової оплати певних послуг. Крім того, концентрація фінансових ресурсів в одного платника створює ризик надмірної централізації та бюрократизації системи.

Для України національна модель становить особливий інтерес через можливість поєднання державних гарантій із залученням приватних медичних закладів. Такий підхід частково відповідає напрямам уже здійсненого реформування української системи охорони здоров'я, у межах якого держава може фінансувати медичні послуги, а їх безпосередніми надавачами виступають різні форми медичних закладів.

Водночас повне запровадження національної моделі в Україні потребувало б належної фінансової спроможності держави, ефективного контролю за використанням коштів та чітких механізмів взаємодії між державним платником і медичними закладами. Тому для України найбільш перспективним є використання окремих елементів цієї моделі, насамперед механізму єдиного платника, централізованого розподілу коштів, універсального доступу до гарантованого пакета медичних послуг та залучення приватних надавачів до системи державного фінансування.

Таким чином, національна модель медичного страхування займає проміжне положення між моделями Бісмарка та Беверіджа, поєднуючи централізоване державне фінансування з переважно приватним наданням медичних послуг. Саме поєднання цих елементів робить її важливою для подальшого порівняння зарубіжних моделей та визначення найбільш придатних механізмів для імплементації в Україні.

Іншою моделлю організації та фінансування охорони здоров'я є приватна модель, яка суттєво відрізняється від розглянутих вище підходів рівнем участі держави та роллю приватного сектору. Її функціонування ґрунтується переважно на приватному медичному страхуванні, безпосередній оплаті

медичних послуг населенням та значній ролі приватних медичних закладів. У межах цієї моделі фінансові ресурси охорони здоров'я формуються переважно за рахунок страхових платежів громадян і роботодавців, а також їхніх особистих витрат на медичні послуги.

Слушно зазначає науковець Федорович І. М., що «модель приватного медичного страхування зазвичай ґрунтується на вільному виборі страхувальниками та підприємствами страхового пакету та умов страхування. У такій моделі, страховий внесок зазвичай є вищим, ніж у моделі соціального медичного страхування, але покриває більш широкий спектр медичних послуг. Перевагами цієї моделі є гнучкість у виборі страхового пакету, можливість швидкого доступу до медичної допомоги та вища якість медичного обслуговування» [4].

Важливою особливістю приватної моделі є те, що доступ людини до медичної допомоги значною мірою залежить від її фінансових можливостей та наявності відповідного страхового покриття. У менш розвинених регіонах, де державні ресурси та інфраструктура охорони здоров'я є обмеженими, частина медичних послуг може оплачуватися пацієнтами безпосередньо з власних коштів. Як зазначається в наукових дослідженнях, «у менш розвинених районах із недостатньою кількістю ресурсів для створення масової медичної допомоги пацієнти повинні платити за процедури з власної кишені. Без достатньої кількості грошей бідні не можуть дозволити собі відповідну медичну допомогу» [5]. Це свідчить про те, що одним із найбільш суттєвих ризиків приватної моделі є можливість виникнення нерівності у доступі до медичних послуг.

Особливо вразливими в такій системі є малозабезпечені верстви населення, для яких витрати на лікування можуть становити значне фінансове навантаження. Водночас приватна модель має низку переваг. Значна роль приватного сектору створює умови для розвитку конкуренції між медичними закладами та страховими компаніями, що може стимулювати підвищення якості медичних послуг, впровадження сучасних технологій та покращення рівня обслуговування пацієнтів.

Крім того, пацієнт може отримувати ширший вибір медичних закладів, лікарів і видів медичної допомоги залежно від умов страхування або власних фінансових можливостей. Приватне фінансування також може сприяти залученню додаткових ресурсів у систему охорони здоров'я та зменшенню навантаження на державний бюджет.

Разом із тим приватна модель має суттєві недоліки, пов'язані насамперед із можливістю виникнення нерівності у доступі до медичної допомоги. Якщо вартість медичних послуг є високою, а державні механізми фінансового захисту населення недостатньо розвинені, частина громадян може бути змушена відмовлятися від необхідного лікування через

відсутність коштів. Таким чином, у приватній моделі рівень доступності медичної допомоги може безпосередньо залежати від доходів населення, що суперечить принципу рівності доступу до базових медичних послуг.

Ще одним недоліком є залежність системи від платоспроможного попиту населення. У разі економічної нестабільності, зниження доходів громадян або зростання безробіття можливості населення фінансувати медичні послуги та приватне страхування скорочуються. Це може призводити до зменшення обсягів медичної допомоги, яку громадяни можуть собі дозволити, та посилення соціальної нерівності.

Отже, приватна модель характеризується високою роллю ринкових механізмів, приватного страхування та безпосередніх платежів населення. Її основними перевагами є конкуренція, можливість вибору медичних послуг, стимулювання підвищення їх якості та залучення додаткових фінансових ресурсів. Водночас основним ризиком є нерівність доступу до медичної допомоги, оскільки фінансові можливості

населення безпосередньо впливають на можливість отримання певного обсягу та рівня медичних послуг.

Для України приватна модель може бути корисною насамперед як додатковий компонент системи охорони здоров'я. Розвиток добровільного медичного страхування та залучення приватних медичних закладів можуть сприяти розширенню можливостей населення щодо отримання медичних послуг і зменшенню навантаження на державні фінансові ресурси. Проте використання приватного страхування як основного механізму забезпечення населення медичною допомогою є малоприматним за умов значної диференціації доходів населення. Тому приватні механізми доцільно поєднувати з державними гарантіями доступу до базової медичної допомоги.

З огляду на це, для узагальнення основних характеристик розглянутих моделей доцільно здійснити їх порівняння за ключовими критеріями, що дає змогу більш чітко визначити їх відмінності, переваги та потенційні можливості використання в Україні (табл. 1).

Таблиця 1 Порівняльна характеристика основних моделей медичного страхування

Критерій	Модель Бісмарка	Модель Беверіджа	Національна модель	Приватна модель
Основне джерело фінансування	Страхові внески	Податкові надходження	Податки та державні кошти	Приватні страхові внески та особисті платежі
Основний платник	Страхові фонди	Держава	Єдиний державний платник	Страхові компанії та громадяни
Роль держави	Регулювання та контроль	Фінансування й організація	Фінансування та регулювання	Переважно регулювання
Постачальники послуг	Державні та приватні	Переважно державні	Переважно приватні	Переважно приватні
Доступ до медичної допомоги	Через соціальне страхування	Універсальний	Універсальний	Залежить від платоспроможності та страхового покриття
Ключова перевага	Соціальна солідарність	Загальнодоступність	Поєднання державних гарантій і конкуренції	Вибір та конкуренція
Основний ризик	Залежність від зайнятості	Залежність від бюджетних ресурсів	Надмірна централізація	Нерівність доступу

Джерело: власна розробка автора

Наведене порівняння дає змогу визначити ключові відмінності між основними моделями медичного страхування за джерелами фінансування, роллю держави, характером надання медичних послуг та рівнем доступності медичної допомоги. Модель Бісмарка характеризується переважанням страхового

фінансування та принципом соціальної солідарності, тоді як модель Беверіджа ґрунтується переважно на податкових надходженнях і забезпеченні універсального доступу до медичної допомоги. Національна модель поєднує централізоване державне фінансування з можливістю залучення

приватних постачальників медичних послуг, що створює передумови для поєднання державних гарантій та конкуренції. Натомість приватна модель значною мірою орієнтована на страхові платежі та безпосередні витрати населення, що забезпечує ширший вибір медичних послуг, але водночас підвищує ризик нерівності доступу до медичної допомоги.

Таким чином, результати порівняння підтверджують, що «усі вищезазначені моделі мають переваги та недоліки, які потрібно враховувати під час створення національної системи медичного страхування в Україні» [6]. Саме тому для України найбільш обґрунтованим видається не механічне

запозичення окремої зарубіжної моделі, а формування змішаної системи, яка поєднувала б найбільш ефективні елементи різних підходів.

Відтак, наступним етапом дослідження є визначення найбільш доцільних для України елементів зарубіжних моделей медичного страхування. При цьому особливого значення набуває оцінка не лише потенційних переваг їх використання, а й умов, за яких їх імплементація може бути ефективною та не створюватиме додаткових соціально-економічних ризиків. Саме тому доцільно окремо розглянути можливості імплементації елементів зарубіжних моделей медичного страхування в Україні (табл. 2).

Таблиця 2 **Можливості імплементації елементів зарубіжних моделей медичного страхування в Україні**

Модель	Елемент, доцільний для України	Очікуваний ефект	Основна умова імплементації
Бісмарка	Солідарне страхування та участь роботодавців	Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я	Поетапне запровадження без надмірного фінансового навантаження на роботодавців і населення
Беверіджа	Гарантований базовий пакет медичної допомоги	Забезпечення рівного доступу населення до основних медичних послуг	Стабільне бюджетне фінансування та ефективний контроль за використанням коштів
Національна	Єдиний платник та закупівля послуг у різних надавачів	Підвищення ефективності розподілу коштів і розвитку конкуренції	Прозорі правила фінансування та контроль якості медичних послуг
Приватна	Добровільне медичне страхування як додатковий механізм	Залучення додаткових фінансових ресурсів і розширення вибору пацієнтів	Збереження державних гарантій доступу до базової медичної допомоги

Джерело: власна розробка автора

Наведені в таблиці результати дають змогу визначити окремі елементи зарубіжних моделей медичного страхування, які можуть бути доцільними для імплементації в Україні. Найбільш перспективним є поєднання механізмів різних моделей з урахуванням соціально-економічних та інституційних особливостей держави. Зокрема, модель Бісмарка може бути використана для розширення джерел фінансування за рахунок солідарного страхування та участі роботодавців, тоді як принципи моделі Беверіджа доцільно застосовувати для забезпечення гарантованого доступу населення до базових медичних послуг.

Водночас елементи національної моделі можуть сприяти більш ефективному розподілу фінансових ресурсів та розвитку конкуренції між надавачами медичних послуг. Приватну модель доцільно

розглядати переважно як додатковий механізм, зокрема через розвиток добровільного медичного страхування. Таким чином, для України найбільш обґрунтованим є формування змішаної системи, яка поєднуватиме державні гарантії, соціальне страхування та можливості приватного сектору.

Таким чином, аналіз чотирьох основних моделей, а саме: Бісмарка, Беверіджа, національної та приватної, свідчить про відсутність універсального підходу до організації фінансування охорони здоров'я.

Висновки. Сучасні системи медичного страхування формуються під впливом економічних, соціальних, демографічних та інституційних особливостей держав, у зв'язку з чим не існує єдиної універсальної моделі, яка могла б бути безпосередньо застосована в Україні. Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду показав, що кожен із розглянутих підходів має як переваги,

пов'язані із забезпеченням доступності медичної допомоги, стабільністю фінансування, соціальною солідарністю чи розвитком конкуренції, так і певні ризики, серед яких залежність від стану державних фінансів, ринку праці, рівня доходів населення та можливість виникнення нерівності доступу до медичних послуг.

Встановлено, що найбільш доцільним напрямом для України є не механічне запозичення окремої зарубіжної моделі, а імплементація найбільш ефективних її елементів з урахуванням національних умов. Перспективним є поєднання державних гарантій доступу до базової медичної допомоги, солідарних страхових механізмів, участі роботодавців у формуванні фінансових ресурсів, централізованої та прозорої закупівлі медичних послуг, а також залучення приватного сектору як додаткового джерела фінансування та надання медичної допомоги. Такий підхід дозволяє одночасно враховувати принцип соціальної справедливості та необхідність підвищення ефективності використання фінансових ресурсів.

Особливого значення для України набуває диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я, оскільки надмірна залежність від одного механізму може обмежувати фінансову стійкість системи. Водночас запровадження нових страхових

механізмів має здійснюватися поетапно, із врахуванням платоспроможності населення та роботодавців, стану ринку праці й можливостей державного бюджету. Важливою передумовою ефективності таких змін є забезпечення прозорості фінансових потоків, належного контролю за використанням коштів та чіткого розмежування відповідальності між державою, страховими організаціями, роботодавцями, медичними закладами та громадянами.

Отже, перспективна система медичного страхування в Україні має ґрунтуватися на принципах доступності, соціальної солідарності, фінансової стійкості, ефективного використання ресурсів та відповідальності всіх учасників системи. Поєднання державного фінансування і гарантій, страхових механізмів та можливостей приватного сектору може створити більш збалансовану модель, здатну забезпечити належний рівень фінансового захисту населення, розширити доступ до якісних медичних послуг та зменшити навантаження на державні фінансові ресурси. Саме адаптивний, поетапний та комплексний підхід до використання зарубіжного досвіду є найбільш обґрунтованим напрямом подальшого розвитку медичного страхування в Україні.

Література:

1. Попович Д., Капітанчук М. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. Молодий вчений. 2022. № 10 (110). С. 64–70. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-10-110-14>.
2. Лепетан І., Жарлінська Р. Глобальні моделі фінансування охорони здоров'я: порівняння та перспективи розвитку. Інвестиції: практика та досвід. 2025. № 3 URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.3.107>.
3. Кужелев М., Стабіас С. Фінансові аспекти формування моделі системи охорони здоров'я в Україні. Ефективна економіка. 2024. № 8. URL: <https://doi.org/10.32702/2307-2105.2024.8.11>.
4. Федорович І. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. Інвестиції: практика та досвід. 2023. № 6. С. 72–76. URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.6.72>.
5. Веб-журнал INgenius. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. 2020. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klassifikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny>.
6. Білоцький В. Теорії та механізми медичного страхування: світовий досвід та реалізація в Україні. Економіка та суспільство. 2025. № (73). URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-73-114>.
7. Смірнова В. Аналіз моделей медичного страхування. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 3. С. 103–105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2020_3_19.
8. Абдуллаєва А., Гнидюк І., Людковська Ю. Медичне страхування в Україні: стан та перспективи. Інфраструктура ринку. 2024. № 78. С. 78–81. URL: <https://doi.org/10.32782/infrastructure78-15>.
9. Януль І. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Економіка та держава. 2021. № 4. С. 87–91. URL: <https://doi.org/10.32702/23066806.2021.4.87>.
10. Шевців М. До питання про медичне страхування в Україні. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія: Право. 2024. №86. С. 264–269. URL: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.86.2.41>.

References:

1. Popovych, D., Kapitanchuk, M. (2022). Functioning of the health insurance system: foreign experience and possibilities of its use in Ukraine. Young Scientist. 10 (110). 64–70. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-10-110-14>
2. Lepetan, I., Zharlinska, R. (2025). Global models of health care financing: comparison and prospects for development. Investments: practice and experience. 3. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.3.107>
3. Kuzhlev, M., Stabias, S. (2024). Financial aspects of forming a health care system model in Ukraine. Effective Economy. 8. <https://doi.org/10.32702/2307-2105.2024.8.11>
4. Fedorovych I. (2023). Medical insurance: experience of foreign countries and opportunities for Ukraine. Investments: practice and experience. 6. 72–76. URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.6.72>
5. INgenius Web Magazine. (2020). Classification of the main models of medical systems in the world and the path of Ukraine. <https://ingeniusua.org/articles/klassifikatsiya-osnovnykh-modelley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny>

6. Bilotskyi, V. (2025). Theories and mechanisms of health insurance: world experience and implementation in Ukraine. *Economy and Society*. 73. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-73-114>
7. Smirnova, V. (2020). Analysis of health insurance models. *Bulletin of social hygiene and health care organizations of Ukraine*. 3. 103–105. http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2020_3_19
8. Abdullaeva, A., Hnydyuk, I., Lyudkovska, Yu. (2024). Medical insurance in Ukraine: status and prospects. *Market infrastructure*. 78. 78–81. <https://doi.org/10.32782/infrastructure78-15>.
9. Yanul, I. (2021). Prospects for the development of medical insurance in Ukraine. *Economy and State*. 4. 87–91. <https://doi.org/10.32702/23066806.2021.4.87>
10. Shevtsiv, M. (2024). On the issue of medical insurance in Ukraine. *Scientific Bulletin of the Uzhhorod National University. Series: Law*. 86. 264–269. <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.86.2.41>.



Ця робота ліцензована Creative Commons Attribution 4.0 International License