

# ОТ ТЕОРИИ К ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ

**Е.Е. Шестакова**

*к.э.н., ведущий научный сотрудник, Институт экономики РАН (Москва)*

## ЕСТЬ ЛИ ПЕРСПЕКТИВЫ У ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИЛИ ЭТО ТУПИКОВЫЙ ПУТЬ?

**Аннотация.** В статье анализируются различные подходы к определению роли добровольного медицинского страхования в системе финансирования здравоохранения в условиях усиления государственного влияния на общий уровень социальных расходов и ограничения возможностей для манёвров. Практика различных групп стран демонстрирует широкую гамму взглядов на данную проблему: от фактического отказа от поддержки добровольного медицинского страхования до признания его важным источником средств наряду с бюджетным и социальным страховым финансированием и полезным инструментом для достижения широкого комплекса социально-экономических задач. Наибольшую заинтересованность в развитии данного механизма финансирования медицинских услуг проявляют государства со средним уровнем развития. Особое внимание в статье уделено исследованию дискуссионных вопросов соотношения добровольного медицинского страхования с различными схемами соплатежей населения за медицинские услуги.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, бюджетное финансирование, соплатежи, выплаты «из кармана», моральный риск, негативный отбор.

JEL: I13

УДК: 614.2

DOI: 10.52342/2587-7666VTE\_2026\_2\_99\_113

© Е.Е. Шестакова, 2026

© ФГБУН Институт экономики РАН «Вопросы теоретической экономики», 2026

**ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:** Шестакова Е.Е. Есть ли перспективы у добровольного медицинского страхования или это путь в тупик? // Вопросы теоретической экономики. 2026. №2. С. 99–113. DOI: 10.52342/2587-7666VTE\_2026\_2\_99\_113.

**FOR CITATION:** *Shestakova E.* Is Voluntary Health Insurance a Promising Development or a Dead End? // *Voprosy teoreticheskoy ekonomiki.* 2026. No. 2. Pp. 99–113. DOI: 10.52342/2587-7666VTE\_2026\_2\_99\_113.

Пандемия COVID-19 во многом продемонстрировала существенные недостатки организации и финансирования здравоохранения во многих странах, особенно со средним и ниже среднего уровнями развития. После экстренного краткосрочного увеличения государственных расходов на медицину, начались обратные процессы [*Fiscal...*, 2024]. Современные тенденции социально-экономического развития во многих регионах мира (рост инфляции, увеличение государственного долга, повышение нестабильности и непредсказуемости социально-экономического развития) ограничивают возможности для существенного роста государственных расходов. Наиболее остро стоит проблема поиска источников финансирования здравоохранения и возможности развития добровольного страхования в государствах с высоким уровнем финансирования текущих расходов за счёт выплат «из кармана» населения.

## Теоретические основы и особенности добровольного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование предполагает страховые схемы, финансируемые (полностью или частично) за счёт частных страховых премий, главным образом на основе контракта между страховщиком и страхователем (работодателями или индивидами). Премии в данном случае не связаны с доходами, поэтому добровольным страхованием пользуются либо отдельные группы населения, либо его значительная часть, но при условии субсидирования всех или части выплат государством. Данный сегмент страхового рынка традиционно включает самостоятельное страхование работодателями своих работников и специальные схемы для госслужащих, где государство выступает в роли работодателя, выплачивающего часть полной премии на частное медицинское страхование своих наёмных работников. Добровольное медицинское страхование не обязательно в полном объёме совпадает с понятием частного медицинского страхования, последнее может быть обязательным, если это определено законом, и тогда может рассматриваться как часть обязательного государственного медицинского страхования.

В качестве особых схем частного финансирования медицинских услуг, которые западными экспертами не включаются в систему добровольного медицинского страхования, фигурируют медицинские накопительные счета или аналогичные схемы, которые не предполагают формирование общих фондов средств и разделение риска между участниками, а также программы работодателей, обеспечивающие прямую медицинскую помощь или возмещение ими определённых, связанных со здоровьем, расходов своих работников [OECD Health Statistics, 2024]. Хотя эти направления также могут существенно сокращать нагрузку на государственные бюджеты.

За редким исключением в большинстве стран с разным уровнем социально-экономического развития добровольное медицинское страхование играет весьма ограниченную роль. В высокоразвитых государствах финансирование здравоохранения главным образом осуществляется за счёт собираемых общих налогов и социального страхования. Доля расходов на добровольное медицинское страхование в среднем составляет около 5% от текущих расходов на здравоохранение, хотя есть и некоторые исключения, например США. Реализация курса на ограничение темпов роста общественных расходов на медицину осуществляется за счёт других инструментов привлечения средств пациентов, прежде всего разнообразных форм соплатежей.

Признание роли добровольного частного страхования как источника средств для финансирования здравоохранения и полезного инструмента для достижения широкого комплекса социально-экономических и политических целей, несмотря на традиционные для данной системы рыночные недостатки (провалы), включая негативный отбор и неравный доступ, можно отметить в группе среднеразвитых государств (рис. 1). В КНР доля частного страхования в текущих расходах равна 10%, в Таиланде — 19, в Малайзии — 11%. Ключевой фактор, с которым связано развитие в данной группе стран добровольного медицинского страхования, — увеличение среднего класса и рост доли лиц, способных вносить страховые премии и получать более качественные и комплексные медицинские услуги. Основная часть начальной экспансии добровольного медицинского страхования связана с недофинансированием государственного сектора, ростом частного здравоохранения и относительно мягкими условиями его регулирования. В ключевых государствах Латинской Америки доля добровольного медицинского страхования колеблется от 31% текущих расходов в Бразилии и 13% в Аргентине до 5% в Мексике, при очень высокой доле, в последнем случае, платежей «из кармана» за медицинские услуги.

Среди потенциальных преимуществ добровольного медицинского страхования можно выделить возможность удовлетворения спроса (выше уровня самофинансирования)

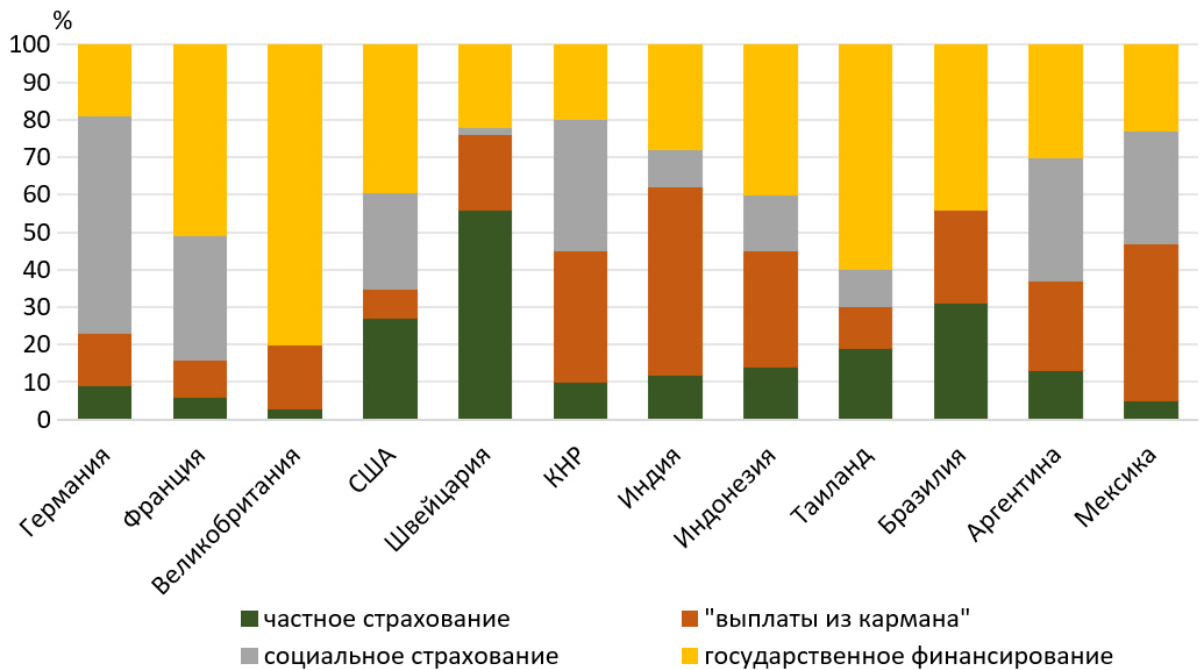


Рис.1. Доля различных источников финансирования здравоохранения, %

Источник: составлено автором на основе OECD (2025). Health at a Glance 2025. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025\\_8f9e3f98-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html) (accessed date: 09.03.2026)

для определённых категорий населения. Одновременно это должно способствовать: перенаправлению общественных средств на медицинское обслуживание бедных и больных, не имеющих доступа к частному медицинскому страхованию; увеличению выбора потребителей; мобилизации дополнительных ресурсов для развития соответствующей инфраструктуры, которая теоретически может использоваться разными группами населения; стимулированию инноваций в сфере здравоохранения, действующих как катализатор для реформ и в государственном секторе для повышения его доходности и гибкости.

Эти потенциальные преимущества могут и не реализоваться. Тут многое зависит от дизайна системы частного страхования, способов её регулирования и взаимодействия с государственным сектором. Так, при наличии конкуренции на рынке медицинских услуг потребители должны иметь возможность сравнивать пакеты услуг разных планов. Если стандартный минимальный пакет не регулируется, то потенциальная позитивная роль конкуренции, основанной на потребительском выборе, в значительной степени нивелируется. В условиях, как правило, недостаточной осведомлённости застрахованных в отношении медицинских услуг, приобретаемых на страховом рынке, национальные регуляторы, стремясь сократить данный информационный дисбаланс, могут обязать страховые компании определять размеры и состав базового пакета услуг. Существование такого базового пакета значительно облегчает сравнение разных страховых продуктов для потребителей.

В качестве серьёзных ограничений участия в схемах добровольного страхования, помимо материальных сложностей (нехватки средств), выступают такие факторы, как пожилой возраст (во многих случаях участие в коллективных схемах прекращается после выхода работника на пенсию), длительный период ожидания вступления договора в силу (для снижения риска страхования лиц с уже возникшими серьёзными заболеваниями), ежегодное перезаключение договоров, право на отказ страховых компаний в заключении договора для инвалидов и лиц с низким статусом здоровья. В небольшом числе экономически развитых стран предусмотрено правило свободного (открытого) доступа для всех желающих участвовать в добровольном медицинском страховании (Франция, Бельгия, Германия) и ряд организационных форм страховщиков (общества взаимного страхования, потребительские/

сберегательные ассоциации), которые предлагают пожизненные контракты, но это скорее отдельные случаи, чем общепринятая практика. Как правило, повсеместно используется и большой список исключений из страхового покрытия медицинской помощи: наркотические отравления, ВИЧ, косметические процедуры, трансплантация органов, военные риски, травмы в результате опасных видов деятельности и др. В литературе много внимания уделяется вопросам мотивации, желанию участвовать в медицинском страховании. Важными характеристиками, влияющими на готовность участвовать в страховании, являются уровень благосостояния, возраст, пол, профессиональный статус, уровень образования, место проживания, а также низкий уровень удовлетворённости деятельностью государственной системы здравоохранения, особенно длительными сроками ожидания лечения.

Премии в государственном (общественном) страховании обычно связаны с заработной платой или доходами. В этом смысле они основаны на возможности платить и слабо коррелируют с индивидуальным риском (некоторые профессиональные группы выплачивают повышенные страховые премии, но они касаются главным образом пенсионного страхования и страхования от несчастных случаев на производстве). Премии в системе добровольного страхования редко связываются с доходами (исключение тут — практика Франции и Хорватии). Такой параметр страховой деятельности, как страховые премии в системе добровольного страхования, основывается на индивидуальном риске и объёме предлагаемых услуг.

На размеры тарифов влияют род занятий, возраст, место жительства, в отдельных случаях пол, индивидуальная и семейная история болезней. Частные страховщики широко применяют механизм положительной дискриминации в отношении более молодых и здоровых клиентов. Для потенциального распределения финансового риска между людьми с разным состоянием здоровья и в разных возрастных группах страховые компании, как правило, используют схемы коллективного (группового) страхования (прежде всего в отношении наёмных работников).

Существует и определённая практика применения и коллективного страхования на основе географического рейтинга сообщества (community rating), но в условиях добровольного страхования её применение ограничивается фактором негативного отбора, при котором молодые лица с высокими статусами здоровья могут посчитать премии с оценкой рейтинга сообщества слишком высокими и страховать индивидуально. Это негативно отражается на условиях коллективного страхования. Коллективное (групповое) страхование способствует снижению премий и влиянию негативного отбора, но способно вести к неравенству в доступе (например, индивидуальные полисы могут субсидировать скидки с групповых, работодатели могут использовать дифференциацию полисов для разных категорий работников и др.).

Для застрахованных иждивенцев обычно требуется внесение дополнительных премий, но на практике существуют и семейные пакеты, предусматривающие скидки для членов семьи. Регулирование объёма и глубины пакета страховых услуг характерно для немногих стран. Страхователи имеют возможность выбирать структуру и наполнение пакета, включая выбор услуг или денежных компенсаций, размер соплатежей, верхние лимиты расходов и др. В случае индивидуального страхования застрахованные без каких-либо прямых расходов могут менять страховщиков (обычно необходимо только заявление за 1–3 месяца до прекращения контракта), но при переходе и заключении нового договора возможны косвенные расходы, особенно для пожилых и лиц с серьёзными хроническими заболеваниями.

Традиционные сложности регулирования рынка добровольного медицинского страхования связаны с рыночной сегментацией для минимизации ценовой конкуренции, селекцией рисков как источника прибыли страховщика, ограниченностью выбора для участников малых групп и недостаточностью информации о соотношении результатов и стоимости услуг. Наиболее острая проблема добровольного страхования — негативный

отбор, который ведёт к сокращению возможности объединения рисков среди лиц с разными потребностями в медицинских услугах. Негативный отбор имеет много эмпирических подтверждений на примере экономически развитых государств, но, как показывает практика, он относительно мало влияет на деятельность страховых организаций в странах со средним уровнем развития, где наиболее остро стоит проблема поиска источников финансирования здравоохранения и высока доля выплат «из кармана».

Как правило, к добровольному страхованию присоединяются более обеспеченные люди с относительно более низкими рисками заболеваемости. Теоретически добровольное страхование может способствовать снижению финансовых рисков для лиц с плохим здоровьем, если оно ведёт к снижению расходов по сравнению с прямыми выплатами за услуги. Но в большинстве случаев низкодоходные группы не пользуются финансовой защитой системы добровольного страхования, в основном они получают медицинскую помощь через систему финансируемых из бюджета государственных медицинских учреждений.

В целом рыночные провалы системы добровольного медицинского страхования, а также способы корректировки их последствий обобщены в табл. 1.

Феномен морального риска со стороны как спроса, так и предложения, не является специфической чертой добровольного страхования, он вероятен и для социального страхования, и для национальных систем здравоохранения. Природа рынков медицинских услуг, действующих на основе оплаты третьей стороной, стимулирует повышенный спрос на услуги и тем самым провоцирует рост расходов. Моральный риск возникает в ситуации, когда поставщик финансово выигрывает от расширения предложения услуг, что может

Таблица 1

**Рыночные провалы добровольного медицинского страхования и способы их ограничений**

Рыночные провалы	Последствия	Меры по корректировке последствий	Эмпирические результаты
Негативный отбор (страхуются только лица с низким статусом здоровья)	Малые объёмы объединения рисков и страховых рынков	Обязательный охват	Эффективно
		Налоговые льготы и субсидии для участников	Неэффективно
		Страхование в течение всей жизни	Эффективно
Селекция рисков, «снятие сливок» (принятие на страхование только лиц с высоким статусом здоровья)	Отсутствие страхования инвалидов, лиц с серьёзными заболеваниями, пожилых людей	Открытый доступ	Относительно эффективно
		Рейтинг групп и общин	Относительно эффективно
Монополизация страховой деятельности	Необоснованные доходы страховщиков, низкое качество услуг, перепроизводство	Антимонопольные законодательные ограничения	Эффективно
Моральный риск	Чрезмерное потребление услуг пациентами	Использование франшиз, сострахования	Относительно эффективно
		Ограничение в доступе к услугам (лист ожидания, получение направления на лечение у специалиста)	Недовольство пациентов

Источник: составлено автором.

вести к дополнительным расходам и в крайних случаях даже подвергать пациентов необоснованным клиническим рискам.

Страховые компании стараются решать данную проблему на основе заключения селективных контрактов, формируя преференциальные сети поставщиков или интегрируясь с медицинскими организациями, что позволяет влиять на номенклатуру, качество и стоимость услуг. Со стороны ограничения чрезмерного спроса потребителей меры регулирования могут включать ограничение застрахованных в доступе к услугам: получение направления на лечение или разделение расходов в форме франшиз, соплатежей, установления лимитов на покрываемые расходы, реже — введения стимулирующих бонусов за неиспользуемые услуги.

Среди немногих развитых стран, которые широко используют как механизм добровольного медицинского страхования, так и способы корректировки связанных с ним проблем, наиболее заметную роль играют США. В США действует так называемая смешанная модель финансирования. Около половины расходов на здравоохранение покрывает государство, другую половину составляют частное страхование и выплаты «из кармана». Для страны характерны исключительно высокие показатели расходов на медицину по отношению к ВВП (17%) и в объёме государственных расходов (28%) и одновременно низкая доля общественных расходов на медицину в их общей структуре (45% при среднем уровне в ОЭСР — более 70%). В состав государственных программ входят Программа для малообеспеченных граждан и членов их семей (Medicaid), включающая лиц с доходами в среднем ниже 138% федерального уровня бедности, Программа медицинского страхования лиц в возрасте 65 лет и старше и более молодых граждан с ограниченными возможностями (Medicare), финансируемая за счёт страховых взносов, и несколько менее крупных программ, суммарно охватывающих более трети населения страны. Однако в структуре Программы страхования пожилых и инвалидов (Medicare) помимо обязательной части А, включающей медицинскую помощь в стационарах и услуги сестринских домов и хосписов, действуют другие части, к которым клиенты могут подключаться на добровольной основе, при условии внесения дополнительных взносов. Наиболее высокий уровень охвата среди данных подпрограмм у части В (включено до 90% участников Medicare), предусматривающей страхование расходов на поликлинические услуги, около трети участников используют часть С (Medicare Advantage), предусматривающую возможность получения дополнительных услуг, например окулистов и стоматологов, и часть D, касающуюся лекарственного страхования [Rice, Rosenau, Umruh, Barnes, 2020. Pp. 117–120].

Для других категорий населения, не подпадающих под условия государственных программ, в соответствии с Законом о защите пациентов и доступном здравоохранении 2010 г. (The Patient Protection and Affordable Care Act) предусмотрено сочетание добровольного и обязательного страхования, действует широкая линейка различных планов, каждый со своим набором правил и положений. Работодатели обязаны предоставлять страховой план (с самостоятельно выбираемой величиной и структурой покрытия и финансовым участием самих застрахованных) для работников предприятий и организаций с числом занятых 50 человек и более. Величина страхового взноса работника зависит от размеров компании, уровня предоставляемого страхового покрытия, включения членов семьи в страховку и др., средний уровень доли работодателя колеблется в пределах 72–80%. Среди различных видов страховых планов, наиболее распространённый вариант — так называемые страховки PPO (Preferred Provider Organization), более дешёвый вид договоров НМО (Health Maintenance Organization), растёт число и доля планов с большими франшизами<sup>1</sup> и возможностями накопления (HDHP).

<sup>1</sup> Сумма, которую физическое лицо или семья должны выплатить за медицинские услуги за счёт собственных средств, прежде чем страховая компания начнёт покрывать расходы.

Отдельные программы медицинского страхования предусмотрены для ассоциаций — объединений малых предприятий и индивидуальных предпринимателей. Категории населения, не имеющие возможности получить страховку на работе, должны приобретать полис самостоятельно у страховых компаний или, в случае возможности, претендовать на государственную поддержку на специальной бирже. Индивидуальные страховки можно оформить через страховых агентов, брокеров или самостоятельно на онлайн рынке. Их стоимость зависит от возраста, состояния здоровья, места жительства, объёма услуг, франшиз, доплат, долей покрытия расходов страховщика и страхователя. Значительные изменения в последние годы коснулись и страховых компаний: им было запрещено отказывать клиентам в получении и продлении страхового полиса по причине возраста и состояния здоровья, был определён базовый пакет услуг и доля расходов на услуги в общей структуре расходов.

Принятие закона, обязывающего всех лиц, постоянно проживающих в США, иметь медицинскую страховку, способствовало росту числа застрахованных и охваченных государственными программами, хотя полностью проблему незастрахованных и серьёзных медицинских долгов лиц с плохим здоровьем не решило, и при снижении государственной поддержки ситуация может вновь начать ухудшаться. Разногласия относительно продления действия федерального субсидирования программы медицинской помощи, заканчивающейся в 2025 г., стали одной из важнейших причин возникновения самого длительного в истории страны шатдауна (shutdown — прекращение работы части государственных учреждений из-за отсутствия согласования бюджета на следующий финансовый год) в октябре-ноябре 2025 г.

### **Виды соплатежей и выплат «из кармана» и их роль в финансировании здравоохранения**

Вопрос роли соплатежей сам по себе дискуссионен. Соплатежи могут принимать форму выплат фиксированных сумм, сострахования (оплаты определённой доли стоимости), франшиз, покрытия пациентом расходов сверх установленных нормативов в системе национального страхования. При оценке эффективности данных действий необходимо учитывать цели их введения. Если цель — снизить излишнее потребление, то снижение спроса на услуги должно быть основным результатом данного процесса, но при этом важно понять за счёт каких услуг произошло данное снижение: необходимых или второстепенных. В других случаях и это в большей степени характерно для государств, где альтернативное финансирование за счёт налогов и обязательного страхования затруднено, цель софинансирования — не снижение спроса, а получение дополнительных средств на медицинское обслуживание.

Введение соплатежей, в зависимости от их типа и размеров, может снизить или частично ограничить использование определённой части услуг, но мало помогает рационализации общего спроса. Более того, снижение или откладывание обращения за помощью может в итоге привести к повышению спроса на более дорогостоящие и дефицитные медицинские услуги. Применяемые на практике меры нейтрализации этих негативных эффектов разделения рисков с пациентами включают такие механизмы, как исключение из схем бедных и хронических больных с серьёзными заболеваниями, введение лимитов на индивидуальные выплаты, использование небольших фиксированных выплат вместо процентных соплатежей, особенно если цены недостаточно хорошо регулируются и подвержены значительным колебаниям.

Если обращаться к практике развитых стран, то наиболее широко (но не повсеместно) используется практика отмены соплатежей в сегментах первичного и стационарного обслуживания. Процентные соплатежи чаще всего применяются при покупке лекарств и медикаментов и в стоматологии (рис. 2). В Европе годовые лимиты на соплатежи действуют

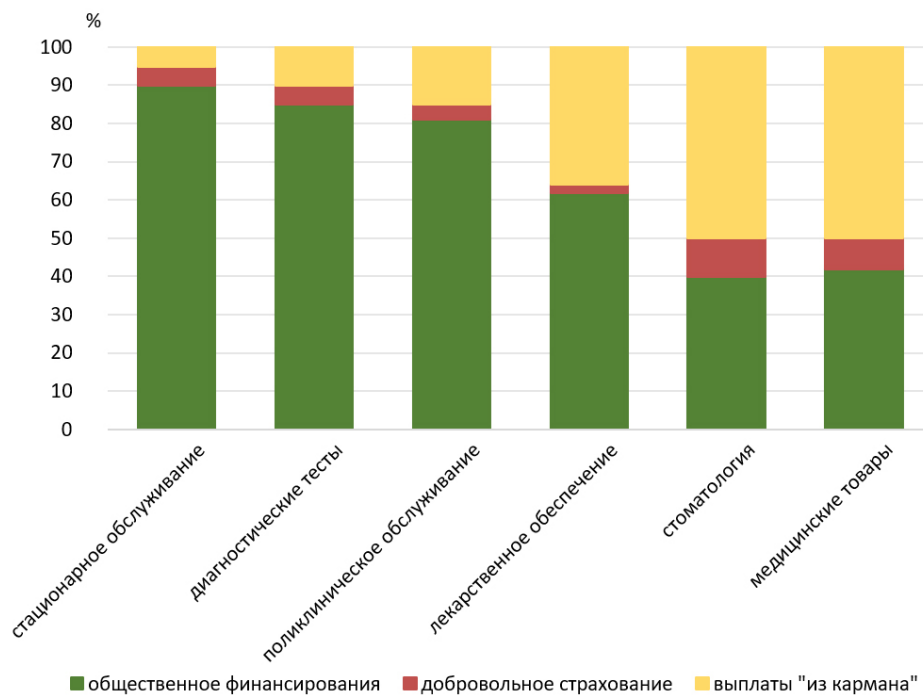


Рис. 2. Структура финансирования различных видов медицинских услуг (ЕС), %

Источник: составлено автором на основе OECD/European Commission (2024). Health at a Glance: Europa a 2024: State of Health in the EU Cycle. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024\\_b3704e14-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html) (accessed date: 09.03.2026)

только в двух странах (Германии и Чехии), ещё в нескольких государствах установлены ограничения на соплатежи на некоторые виды услуг [Thomson, Cylus, Evetovits, 2019. Pp. 84, 92]. Наличие таких ограничений существенно влияет на количество лиц, попадающих в категорию бедных из-за «катастрофических расходов» на медицину (более 10% семейных расходов). Например, доля таких лиц в Словакии, где действуют ограничения на размеры соплатежей, в два раза ниже, чем в Польше, где таких ограничений нет. В США широко используются соплатежи в виде фиксированных взносов в программе Medicare в части А за каждый день нахождения в стационаре или в сестринском доме сверх установленных лимитов и процентные платежи пациентов в части В.

В экономически развитых странах соплатежи в виде платежей в фиксированных суммах или в форме сострахования формируют подавляющую часть выплат «из кармана» (рис. 3), в текущих расходах на медицину доля этих выплат обычно колеблется в пределах 10-20%, что несопоставимо с долей выплат из собственных средств граждан в форме прямых платежей в государствах со средним и ниже среднего уровнями развития. Очень высокий уровень неформальных платежей, превышающий 50-55% и в ряде случаев почти достигающий 80% от текущих расходов на здравоохранение, в государствах Центральной Азии, Закавказья, прежде всего в Армении, Туркменистане и Азербайджане [San people..., 2023 P. 3]. Причины такого положения связываются с нехваткой финансовых ресурсов для государственной системы и относительно невысоким уровнем развития частного здравоохранения. В результате без финансирования за счёт собственных средств граждане не могут удовлетворить свои базовые потребности в необходимом лечении, лекарствах и медикаментах, на неформальные платежи рассчитывает и медицинский персонал государственных медицинских учреждений.

Выплаты «из кармана», включающие все платежи потребителей услуг (прямую оплату, формальное разделение стоимости и неформальную оплату), в государствах Латинской Америки составляют в среднем чуть менее трети текущих расходов, в Уругвае и Колумбии — 14-16%, в Мексике — 42% [Health at a glance..., 2023. Pp. 150-151]. В Мексике,

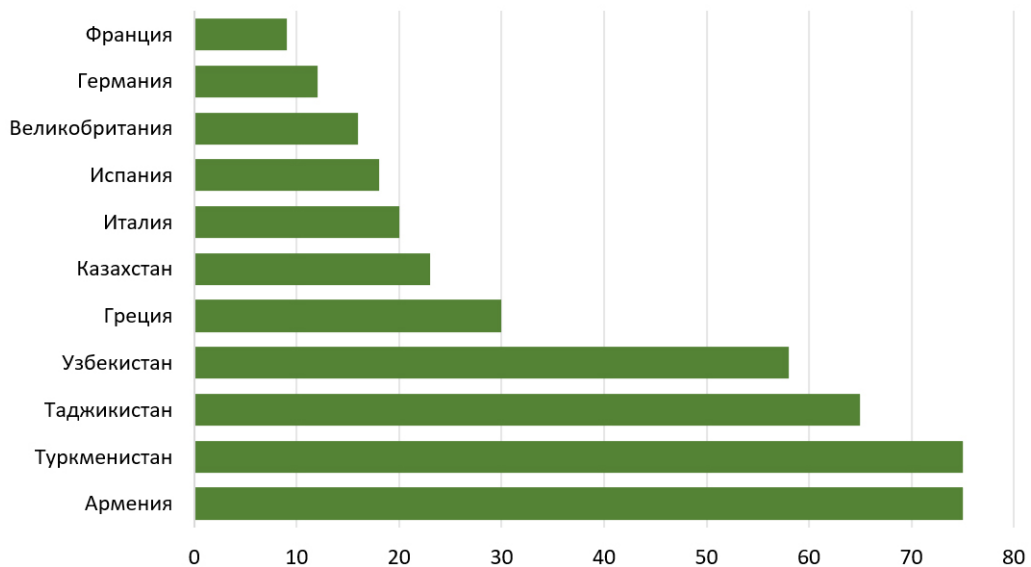


Рис. 3. Доля выплат из кармана в текущих расходах на здравоохранение, %

Источник: составлено автором на основе WHO (2023). Can People Afford to Pay for Health Care?

например, где общие расходы на здравоохранение не превышают 5,4% ВВП, доля общественного финансирования находится в пределах 54%, в том числе социального страхования — 30%. Им охвачено около 42% населения, ещё 5% составляют расходы на добровольное страхование, остальное — прямые выплаты населения за медицинские услуги [Gonzalez-Blok, Reyes Morales, Hurtado, Balandran, Mendez, 2020. P. 77]. В КНР, Малайзии и Индонезии выплаты «из кармана» составляют в текущих расходах 33–35% и существенно выше 50% в государствах Южной Азии, например в Индии 63% [Universal..., 2023. Pp. 10–11], при этом доля добровольного страхования практически никогда не превышает 10–15%.

При изучении соотношения двух источников средств, основанных непосредственно на доходах населения — добровольного страхования и выплат «из кармана» возникает закономерный вопрос: зачем оправдывать и стимулировать частное страхование в государствах со средним и ниже среднего уровнями развития, если в развитых странах в основном опираются на бюджетное финансирование и социальное страхование? Наиболее вероятным представляется такой ответ: в государствах этих групп получаемые общественные средства недостаточны для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах. Около 40% населения мира живёт в странах, которые расходуют на медицинские услуги менее 100 долл. на человека в год [Global spending..., 2023. P. 4]. Учитывая большие объёмы частных расходов населения на медицину в этих странах лучшей стратегией представляется страхование рисков, чем отказ от их объединения.

Почему в развивающихся государствах плохо складывается частное страхование? Причины тут, вероятно, кроются в неадекватном спросе из-за низкого восприятия риска и доверия к определённым структурам, ограниченном предложении в силу разных причин, в том числе, например, из-за чрезмерного регулирования данной деятельности, высокой стоимости услуг, в том числе больших административных расходов.

Для классической теории медицинского страхования безусловным фактом является то, что при наличии страховки люди чаще должны обращаться за медицинской помощью, так как у них нет стимула ограничивать свое потребление [Arrow, 1963; Pauly, 1968]. У Мэннинг и М. Маркис, например, считали, что политика медицинского страхования с низкой долей участия пациента в расходах приводит к чистым потерям общего благосостояния, а оптимальная доля такого участия пациента в расходах — уровень 45% [Manning, Marquis, 1996]. В других, более поздних работах, в частности Дж. Наймана, отмечается, что далеко не все случаи морального риска ведут к снижению общего национального благосостояния,

так как медицинское страхование обеспечивает доступ к дорогостоящему медицинскому обслуживанию, которое в противном случае было бы недоступно и для которого не было бы альтернативного частного способа получения медицинских услуг [Nyman, 2001].

Серьёзной проблемой для добровольного страхования, которая ограничивает его распространение в государствах, не входящих в группу экономически развитых, считаются высокие административные издержки добровольных схем, как правило, существенно превышающие расходы на эти цели обязательного страхования и бюджетного финансирования. Действительно, по оценкам административные расходы в данном сегменте страхования в государствах со средним уровнем развития колеблются в очень широком диапазоне от 6 до 39% (т. е. можно найти примеры и более чем умеренных расходов, например, в Чили). В странах, принадлежащих к менее развитой группе, данные издержки возрастают до 20–65% общих расходов. Это влечёт за собой существенный рост страховых премий и в ещё большей степени делает данное страхование менее доступным для лиц с низкими доходами [Mathauer, Kutzin, 2018. P. 5]. Ситуация в развитых странах также весьма неоднородна. С одной стороны, есть страны (Польша, Чехия) с практически одинаковыми административными расходами в государственном и частном секторах медицинского страхования, с другой — в Германии, по имеющимся данным, это соотношение составляет 6 и 15%, во Франции, соответственно, 5 и 20%, ещё значительно эти различия в Испании и Австрии [Sagan, Thomson, 2016. P. 22].

Структуры, которые обеспечивают добровольное страхование, включают некоммерческие общества взаимного страхования, потребительские (сберегательные) ассоциации, коммерческие компании, государственные медицинские фонды, ассоциации работодателей. Исторически на рынке ЕС доминировали общества взаимного страхования и сберегательные ассоциации. Они до настоящего времени широко представлены на страховых рынках Италии, Франции, Бельгии, хотя их доля и сокращается. Только коммерческие страховые компании действуют в некоторых странах Восточной и Северной Европы, страховые фонды доминируют в системе добровольного страхования в Хорватии и Румынии, а в Польше и Великобритании есть практика организации собственных схем медицинского обслуживания наёмных работников работодателями.

Отдельный вопрос — роль государственных субсидий в поддержке добровольного частного страхования. В ряде случаев государство непосредственно обеспечивает финансирование частного медицинского страхования (например, для госслужащих) или поддерживает его косвенно, предоставляя налоговые льготы (скидки или налоговые кредиты) для участников добровольного страхования. В общем случае налоговые льготы более выгодны для обеспеченной части общества: чем богаче застрахованный, тем выше получаемая им субсидия. Но возможен и вариант с более адресной поддержкой, выделение средств для менее обеспеченных слоёв населения для стимулирования их вступления в программу.

Налоговые льготы можно рассматривать как достаточно гибкий инструмент воздействия. В практике европейских стран в одних случаях они используются для расширения участия наёмных работников в системе медицинского страхования (льготы работодателям, обеспечивающим медицинские страховки для всех категорий работающих), в других — при заключении индивидуальных страховых договоров на оказание определённых видов услуг, в третьих — при поддержке деятельности некоммерческих структур (обществ взаимного страхования). Но общей тенденцией для данной группы государств является ограничение использования налоговых льгот как инструмента стимулирования развития частного страхования. Большая часть государств (Бельгия, Дания, Великобритания, Нидерланды, Норвегия и др.) никаких налоговых льгот ни при коллективном, ни при индивидуальном страховании не предоставляет: и взносы, и выплаты подлежат налогообложению. Попытки стимулирования добровольного страхования с помощью налоговых льгот предпринимались в ряде государств Восточной Европы (Болгарии, Венгрии, Литве, Латвии, Польше), но из-за значительных объёмов неформальных платежей не увенчались успехом.

## Типы добровольного медицинского страхования

В зависимости от того, конкурируют ли частные страховщики с государственной системой или дополняют её, выделяются три типа добровольного медицинского страхования — замещающий, дополняющий и дублирующий. Замещающий тип страхования, который даёт возможность определённым группам населения выйти из общей системы, имеет ограниченное распространение. До 2006 г. он действовал для трети населения с более высокими доходами в Нидерландах. В Испании госслужащие могут выйти из национальной системы (ISALUP) и присоединиться к субсидируемой государством частной схеме медицинского страхования (MUFACE). Но наиболее известная модель применяется в Германии. В стране действуют две различные в плане организации, регулирования и финансирования системы: общего социального медицинского страхования (SHI) и частного страхования замещающего типа (PHI). Замещающая система охватывает порядка 10,8% населения страны. Большинство её участников входят в три основные группы: 1) госслужащие (работающие или вышедшие на пенсию) и наёмные работники госучреждений (учителя, преподаватели высших учебных заведений), которым правительство возмещает не менее 50% их расходов на частное страхование; 2) самозанятые, не включённые в общую систему; 3) наёмные работники, чьи доходы превышают определённый лимит, которые могут выбирать — оставаться в общей системе или переходить в частную.

В системе частного страхования размеры премий зависят от возраста и состояния здоровья застрахованного, но страховщики обязаны предоставлять участникам тот же пакет услуг, что и в общей системе по премиям, не превышающим среднюю максимальную по всем «медицинским кассам» в социальной системе. На данную величину ориентируется и «базовый тариф» для лиц в возрасте 65 лет и старше с длительным стажем страхования [Blumel, Spranger, Achstetter, Maresso, Busse, 2020. P. 95]. Иждивенцы застрахованного в частной системе страхуются отдельно, поэтому частное страхование более выгодно для одиноких клиентов или для семейных пар, где работают оба супруга.

Дополнительное медицинское страхование обеспечивает полный или частичный охват услугами, которые исключены или включены не полностью в пакет услуг системы социального страхования. В данную систему добровольного страхования включаются услуги первичного звена, обследования специалистов, сестринский уход, расходы на лекарства, тесты, стоматологические услуги, роды, альтернативные виды лечения. Дополняющее страхование включает и возмещение расходов на соплатежи. Добровольное страхование соплатежей за медицинские услуги играет особенно значимые роли во Франции, Словении, Хорватии. Так, действующие во Франции схемы обязательного медицинского страхования (общая, для сельскохозяйственных работников и многочисленные специальные схемы для госслужащих, шахтёров, моряков, духовенства и др.) предполагают наличие определённых процентных соплатежей практически на все медицинские услуги и возможность выставления высоких счетов, сверх установленных в системе обязательного страхования нормативов отдельными специалистами. Как правило, пациенты оплачивают медицинскую помощь, а затем получают компенсацию от страховых фондов на основе ранее согласованного процента. Доля стоимости, покрываемая системой обязательного страхования, варьируется в зависимости от типа услуг и категории лекарственной терапии (70% стоимости амбулаторного визита, 80% расходов на стационарное лечение и от 15 до 100% стоимости лекарств) [Or, Gandre, Seppanen, Webb, Michel, Chevreul, 2023. P. 56].

Договоры добровольного страхования соплатежей могут предоставляться работодателем (с 2016 г. работодатели Франции должны покрывать не менее 50% расходов работников на данные контракты) или заключаться индивидуально. На страховом рынке Франции действуют три категории страховых структур: общества взаимного страхования, охватывающие около 60% застрахованных, включая большую долю лиц старших возрастов, частные страховые компании, предоставляющие полисы для 25% участников, и некоммерческие

страховые фонды, управляемые социальными партнёрами, обеспечивающие коллективное страхование наёмных работников (15% от общего числа застрахованных). Для всех категорий страховщиков нет ограничений в отношении страхуемых видов медицинских услуг и соплатежей, но есть определённые условия ответственности страховых контрактов (*contrats solidaires et responsables*), призванные стимулировать добросовестное (сознательное) потребление медицинских услуг. Не разрешается, например, покрывать соплатежи, если пациент самостоятельно обратился к специалисту без соответствующего направления врача общей практики, или франшизы, введённые для контроля потребления лекарств, посещения специалистов или транспортировки больных.

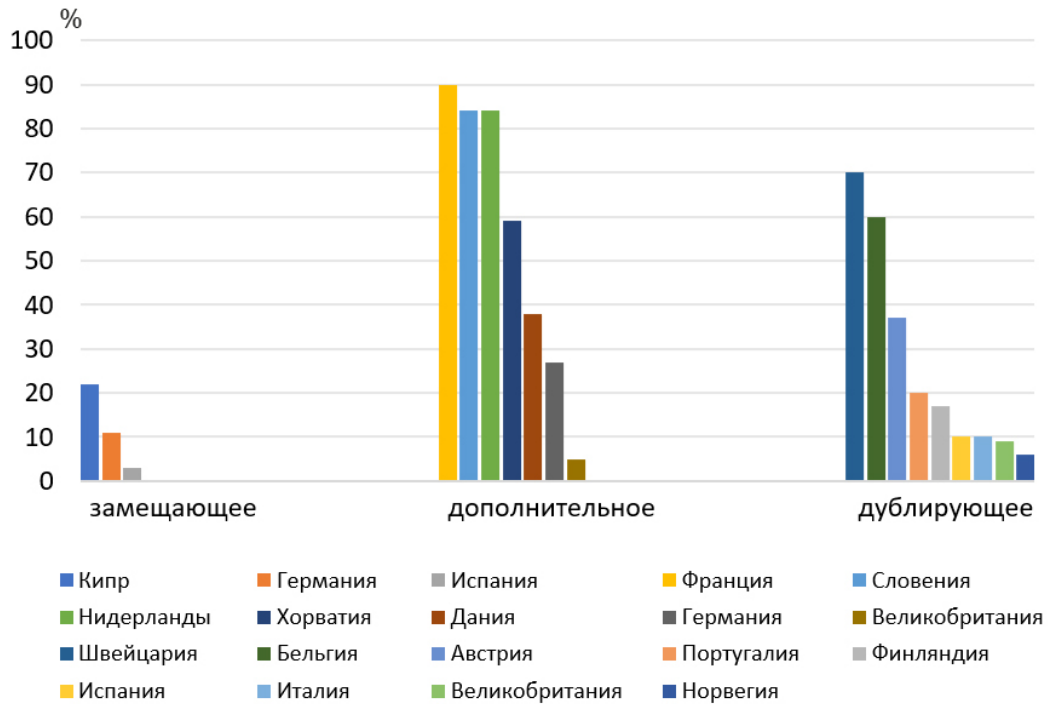


Рис. 4. Доля населения, охваченная добровольным страхованием

Источник: составлено автором по *OECD/European Commission (2024). Health at a Glance: Europa 2024: State of Health in the EU Cycle*. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024\\_b3704e14-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html) (accessed: 09.03.2026)

Дублирующее страхование считается формой «двойного охвата», так как оно характерно для государств с национальными системами здравоохранения, финансируемыми из бюджетных источников (Греция, Италия, Испания, Великобритания, Португалия на рис. 4). Дублирующее страхование увеличивает потребительский выбор в плане обеспечения комфортных условий пребывания в стационаре, выбора лечащего врача и доступа к различным услугам здравоохранения, особенно в тех сферах медицины, где действует значительный лист ожидания.

Доля добровольного страхования в среднем в государствах Латинской Америки составляет 11% в общих расходах. Наиболее существенную роль в качестве дополняющего или, реже, замещающего вида оно играет в Бразилии, Перу, Уругвае. На латиноамериканском континенте безусловным лидером в плане развития добровольного медицинского страхования является Бразилия. В стране действует Национальная система здравоохранения, формально охватывающая все население страны (SUS). За счёт бюджетных средств покрывается около 42% общих расходов на здравоохранение, на добровольное медицинское страхование приходится почти треть, на прямые платежи из собственных средств граждан — 25%, ниже, чем в большинстве других латиноамериканских государств, например, в Чили и Мексике [*OECD Reviews of Health Systems: Brazil, 2021. P. 66*]. Полисами

добровольного медицинского страхования в Бразилии располагает почти четверть населения страны. На страховом рынке, который сформировался ещё до внедрения Национальной системы здравоохранения, действует несколько сотен различных структур, от страховых компаний до некоммерческих медицинских кооперативов и благотворительных организаций, предлагающих широкий спектр страховых продуктов от полного комплекса амбулаторных и стационарных услуг до финансирования только определённых видов лечения. Важной особенностью бразильской системы добровольного страхования, делающей её особо привлекательной для обеспеченной части населения, является государственная поддержка. Через систему льготного налогообложения участникам обеспечивается вычет из налогооблагаемой базы страховых взносов и медицинских расходов, причём без установки верхних лимитов или ограничений на какие-либо виды услуг. На налоговые льготы для частного медицинского страхования расходуется 0,5% ВВП страны [Ibid. P. 64]. Заметную роль добровольное страхование играет и в ряде других латиноамериканских стран со смешанными системами финансирования (в Уругвае — 11,7% в текущих расходах, Аргентине и Перу — более 9, более 8% в Мексике и Колумбии) [Health at a glance..., 2023. P. 151].

Несмотря на широкое обсуждение среди специалистов темы накопительных медицинских счетов, практика их функционирования крайне ограничена. Они действуют в Сингапуре для покрытия небольших расходов на поликлинические услуги и дополняются обязательным страхованием и государственным финансированием страхования и медицинской помощи бедным. Существование таких счетов в стране связано с высоким уровнем национального дохода на душу населения и особенностями культуры накопления. В США медицинские накопительные счета рассматриваются как часть смешанной системы финансирования медицинских расходов и также должны сочетаться со страхованием от высоких, катастрофических рисков (с высокой франшизой). Мотивом введения накопительных счетов в США было стремление снизить влияние морального риска и негативной селекции на рынке частного медицинского страхования.

Добровольное страхование в основном регулируется Центральными банками или соответствующими структурами в Министерстве финансов как финансовая услуга, но есть и примеры смешанного регулирования (совместно структурами Министерств финансов и здравоохранения или социального развития). Среди основных целей регулирования государством рынка добровольного медицинского страхования: обеспечение его стабильности на основе установки финансовых и нефинансовых стандартов для страховых компаний (условий выхода на рынок, требований к отчётности и др.), защита потребителей через механизмы управления практикой страхования и взаимодействия страховых компаний с поставщиками медицинских услуг, достижение справедливого доступа к системе добровольного страхования с использованием механизмов определения минимальных пакетов, услуг, пожизненного страхования, регулирования лимитов премий и др.

\* \* \*

Признание роли частного страхования как дополнительного источника средств для финансирования здравоохранения постепенно увеличивается, несмотря на традиционные для данной системы недостатки (рыночные провалы): неравный доступ, негативный отбор, «снятие сливок», но во многих медицинских системах они рассматриваются как полезный инструмент для достижения важных социально-экономических целей. Для стран с высоким уровнем развития частное страхование лежит в основе расширения возможностей потребительского выбора, мобилизации дополнительных ресурсов, укрепления личной ответственности, удовлетворения растущих потребностей высшего и среднего классов, развития рыночной конкуренции и усиления контроля стоимости. Хотя в среднем частное страхование занимает скромную долю в общих расходах на медицину в сравнении с социальным страхованием и бюджетным финансированием, оно в данной группе стран выполняет важные функции от первичного охвата определённых групп до серьёзного

дополнения к общей системе. На роль добровольного страхования влияют размеры государственной системы, схемы регулирования добровольного страхования, исторические условия, идеологические интересы различных сил (страховщиков, поставщиков медицинских услуг, работодателей, госслужащих). Этот вид страхования позволяет исключить наиболее неэффективные и дорогостоящие виды медицинской помощи из общего пакета услуг, финансируемых из бюджета или средств обязательного социального страхования (стоматологию, офтальмологию, ортопедию, психологическую помощь, реабилитацию, выезды на дом, косметологию).

Для государств со средним и ниже среднего уровнями развития стоят задачи как увеличения государственного финансирования, так и формирования базовых механизмов объединения рисков для сокращения прямой оплаты медицинских услуг за счёт средств населения, в том числе и через механизм добровольного страхования. Как показывает практика, на современном этапе население с высоким уровнем риска демонстрирует, как правило, низкий интерес к добровольному страхованию, даже несмотря на государственные субсидии. Наибольшую заинтересованность проявляют, как правило, обеспеченные слои, имеющие необходимые средства и более адекватно оценивающие важность хорошего состояния здоровья. Целью реформ может быть перенаправление потока пациентов в частную систему и сохранение государственных структур для наиболее бедных и уязвимых, но при условии усиления государственного управления частным медицинским страхованием (гарантии включения в программы пожилых и лиц с невысоким статусом здоровья, отсутствие ограничений по расходам в течение срока страхования, определение базового пакета предоставляемых услуг и др.). Что касается субсидирования добровольного страхования, то оно имеет и свою негативную сторону: использование общественных средств для оплаты налоговых льгот отвлекает средства от финансирования собственно государственной системы здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES<sup>2</sup>

- Arrow K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care // *American Economic Review*. No. 53. Pp. 941–973.
- Blumel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). Germany Health system review // *Health systems in transition*. Vol. 22. No. 6. WHO Regional office for Europe.
- Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europa. (2023). — Geneva: WHO.
- Fiscal sustainability of health systems. How to finance more resilient health systems when money is tight? (2024). — Paris: OECD. URL: [www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/report/2024/01/fiscal-sustainability-of-health-systems\\_c2f837ac/880f3195-en.pdf](http://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/report/2024/01/fiscal-sustainability-of-health-systems_c2f837ac/880f3195-en.pdf) (accessed date: 20.12.2025).
- Global spending on health: coping with pandemic (2023). — Geneva: WHO.
- Gonzalez-Blok M.A., Reyes Morales H., Hurtado L.C., Balandran A., Mendez E. (2020). Mexico // *Health system review*. Vol. 22. No. 2.
- Health at a glance. Latin America and the Caribbean (2023). — Paris: OECD/WB DOI: 10.1787/532b0e2d-en (accessed date: 20.12.2025).
- Manning W.G., Marquis M.S. (1996). Health insurance the trade off between risk, pooling and moral hazard // *Journal of health economics*. No. 15 (5). Pp. 609–640.
- Mathauer I., Kutzin J. (2018). *Voluntary health insurance: potentials and limits in moving towards UHC*. — Geneva: WHO.
- Nyman J.A. (2003). *The theory of demand for health insurance*: Discussion Paper No. 311. — Minneapolis: University of Minnesota.
- OECD Reviews of Health Systems: Brazil (2021). — Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/146d0dea-en (accessed date: 20.12.2025).
- OECD Health Statistics 2024. Definitions, sources and methods (2024). — Paris: OECD. [www.oecd.org/health/health-data.htm](http://www.oecd.org/health/health-data.htm) (accessed date: 20.12.2025).
- Or Z., Gandre C., Seppanen A.-V. Webb E., Michel M., Chevreul K. (2023). France. Health system review. // *Health systems in transition*. Vol. 25. No. 3. — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Pauly M. (1968). The economics of moral hazard: comment // *American Economic Review*. No. 58. Pp. 531–537.

<sup>2</sup> Так как автор цитировал только англоязычные источники, в статье приводится общий список.

- Rice T., Rosenau P., Umruh L.Y., Barnes A.J. (2020). US Health system review // *Health System in transition*. Vol. 22. No. 4.
- Sagan A., Thomson S. (2016). *Voluntary health insurance in Europa. Role and regulation*. — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Thomson S., Cylus J., Evetovits T. (2019). *New evidence on financial protection in Europe*. — Geneva: WHO.
- Universal health care in Asia and the Pacific* (2023). — Bangkok: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific.

**Шестакова Елена Евгеньевна**

ORCID: 0000-0001-8963-6301

EEShestakova1956@yandex.ru

**Elena Shestakova**

PhD (economics), Leading Researcher, Institute of Economics, Russian Academy of Sciences (Moscow)

ORCID: 0000-0001-8963-6301

EEShestakova1956@yandex.ru

**IS VOLUNTARY HEALTH INSURANCE A PROMISING DEVELOPMENT OR A DEAD END?**

**Abstract.** The article analyzes different approaches to defining the role of voluntary health insurance in the health-care financing system in the context of increased government influence on the overall level of social spending and limited opportunities for maneuvering. The practice of various groups of countries demonstrates a wide range of views on this issue: from the actual rejection of support for voluntary health insurance to the recognition of it as an important source of funds, along with budgetary and social insurance financing, and a useful tool for achieving a wide range of socio-economic objections. States with medium levels of development are the most interested in developing this mechanism for medical services. The article focuses on the discussion of the relationship between voluntary health insurance and different co-payment schemes for medical services.

**Keywords:** *voluntary health insurance, co-payments, out-of-pocket payments, moral hazard, negative selection.*

JEL: I13.