

Жорж Шикото. Интубация. 1904 г.

ГЛАВА 5

УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОДЕЛИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

Т. Н. Трофимова, И. М. Акулин, В. В. Баранов, А. М. Кужель

Демографическая политика Российского государства тесно связана с вопросами охраны общественного здоровья, основанной на принципах солидарного адекватного финансового покрытия затрат на организацию бесплатной медицинской помощи для всего населения РФ независимо от пола, возраста, достатка, социального положения.

Под адекватным финансированием мы понимаем принципы правового регулирования медицинской помощи с использованием различных источников бюджетных и внебюджетных средств, социального страхования, в данном случае наиболее близким для здравоохранения средств Фондов обязательного и добровольного страхования.

В настоящее время действует Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи до 2026 года. Данные гарантии напрямую связаны со статьей Конституции РФ № 41, которая определяет принципы бесплатности за счет различных источников:

— Каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях

здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

— В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

— Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Данные конституционные принципы закреплены в базовых законах РФ, на которых зиждется вся система функционирования современного здравоохранения, построенная на принципах социального страхования. Базовые законы, регулирующие здравоохранение РФ:

— Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

— Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Данные Законы исторически явились логическим продолжением законодательства о медицинском страховании в РФ с 1991 года, когда впервые был законодательно закреплен переход от бюджетного здравоохранения РФ, основанного на принципе бюджетного права и на модели Бевериджа–Семашко, к системе страхования Бисмарка. Остановимся на этих основополагающих правовых и организационных понятиях.

Характеристика социального страхования

Российская Федерация является социальным государством. В соответствии с Конституцией РФ устанавливает гарантии социальной защиты соотечественников. Для реализации конституционного права граждан на социальное обеспечение создается особый механизм, который и является *обязательным социальным страхованием*. Страхование может осуществляться в добровольных и обязательных формах.

Добровольное страхование осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, принимаемых страховщиком в соответствии с ГК РФ и Законом о страховом деле. Поскольку объектом добровольного страхования могут быть имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем, оплатой медицинской помощи и другими социально значимыми интересами людей, добровольное страхование может носить социально значимый характер, но при этом оно остается добровольным, т.е. не является обязательным для его участников.

Особенность *обязательного страхования* заключается в том, что закон возлагает на определенных лиц обязанность страховать свои интересы или интересы иных лиц за свой счет или за счет заинтересованных лиц.

Понятие «социальное страхование» закреплено в ст. 1 Федерального закона об основах социального страхования и является частью государственной системы социальной защиты населения.

Определим ряд особенностей отношений по обязательному социальному страхованию в системе страховых отношений.

Во-первых, социальное страхование является частью двух более объемных категорий — государственной системы социальной защиты и правового института страхования. Будучи частью государственной системы социальной защиты, социальное страхование подчиняется таким ее принципам, как: всеобщий обязательный характер, доступность для застрахованных лиц реализации социальных гарантий, государственный характер этих гарантий, государственное регулирование системы обязательного социального страхования, обязательность уплаты страхователями страховых взносов.

Во-вторых, социальное страхование организуется и обеспечивается государством. Именно поэтому регулирование социально-страховых отношений осуществляется нормативно, императивно, централизованно.

В-третьих, определены возможные страховые риски — это изменение материального (или) социального положения гражданина по независящим от него причинам. Перечень таких страховых рисков, приобретающих характер социальных страховых рисков, дан в ст. 6 Закона об основах социального страхования: это необходимость получения медицинской помощи, утрата застрахованным лицом заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица) или другого дохода в связи с наступлением страхового случая; дополнительные расходы застрахованного лица или членов его семьи в связи с наступлением страхового случая.

В настоящее время предусмотрены следующие виды обязательного социального страхования:

- обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;
- обязательное пенсионное страхование;
- обязательное медицинское страхование.

Субъектами отношений по обязательному социальному страхованию являются страховщик, страхователь и застрахованный (или застрахованное лицо).

Страховщики в обязательном социальном страховании создаются на основании законов об отдельных видах страхования (абз. 3 п. 2 ст. 6 Закона об основах социального страхования). В настоящее время в качестве страховщиков выступают государственные внебюджетные фонды, а также в определенных случаях негосударственные пенсионные фонды (в накопительном пенсионном страховании) и страховые медицинские организации (в обязательном медицинском страховании).

Основные права и обязанности страховщиков установлены Законом об основах социального страхования. Главной обязанностью страховщиков во всех

видах обязательного социального страхования является обеспечение сбора страховых взносов.

К правам страховщиков относится *право при необходимости проводить экспертизу* для проверки наступления страхового случая. В медицинском страховании это право направлено на обеспечение качества оказанной медицинской помощи, ее экономическая обоснованность.

Страхователями по обязательному социальному страхованию являются лица, производящие выплаты и иные виды вознаграждения за труд физическим лицам, а также лица, самостоятельно обеспечивающие себя работой, если это предусмотрено соответствующими федеральными законами о видах обязательного социального страхования. Страхователями в обязательном медицинском страховании являются также органы исполнительной власти и органы местного самоуправления в отношении неработающего населения.

Основная обязанность страхователей — это уплата страховых взносов. Ключевой фигурой страховых отношений, для реализации права которого на социальную защиту и создается вся система обязательного социального страхования, является застрахованное лицо.

Основное право застрахованного — это право на получение страхового обеспечения (в том числе и медицинскую помощь) при наступлении страхового случая, которое должно быть выплачено своевременно и в полном объеме в соответствии с федеральным законом о конкретном виде страхования. Обязанности застрахованных лиц сводятся преимущественно к обязанностям процедурного характера — своевременно представлять документы, содержащие достоверные сведения о наступившем страховом событии, а также об иных обстоятельствах, имеющих правовое значение для реализации права на страховое обеспечение.

Медицинское страхование

К медицинскому страхованию относится обязательное и добровольное медицинское страхование. При этом медицинская помощь оказывается за счет средств специального фонда обязательного медицинского страхования, либо за счет средств страхователей — граждан и юридических лиц. В отличие от договора возмездного оказания медицинских услуг, где взаимодействует два равноправных субъекта: гражданин (пациент) и медицинская организация. В силу п. 2 ст. 779 Гражданского кодекса РФ к договорам оказания медицинских услуг применяются правила гл. 39 ГК РФ («Возмездное оказание услуг»). В законодательстве и юридической литературе данную категорию медицинских услуг обычно относят к *платным медицинским услугам*, с распространением на отношения сторон законодательства о защите прав потребителей (п. 8 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон об охране здоровья)).

В отношениях по медицинскому страхованию задействован третий субъект — страховщик, который организует и финансирует оказание медицинской помощи пациенту. Законодательство о страховании предусмотрело возможность

осуществления страховой выплаты в натуральной (неденежной) форме¹. Соответственно пациент наделяется определенными правами не только в отношении медицинской организации, но и в отношении страховщика.

Медицинское страхование охватывает другие виды отношений в медицине и здравоохранении, например: страхование гражданской (профессиональной) ответственности медицинских организаций, страхование жизни и здоровья пациента, участвующего в клиническом исследовании, страхование пациентов от рисков причинения вреда при медицинском вмешательстве, страхование рисков, связанных с поствакцинальными осложнениями и др.

Все эти страховые программы имеют своей главной целью предоставление финансовой защиты застрахованных на случай неблагоприятных последствий медицинской деятельности и предусматривают: возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью пациента, возмещение убытков медицинской организации, в связи с урегулированием претензий пострадавшего пациента.

Главной особенностью в отношении обязательного медицинского страхования является то, что ее регулирование выражается в участии Государства в централизованном определении размера страховых взносов (5,1% к фонду оплаты труда работодателя, или бюджетных средств на неработающих граждан), объемов гарантированной государством медицинской помощи, налоговом администрировании уплаты страховых взносов.

В свою очередь, добровольное медицинское страхование и иные виды страховых услуг в сфере медицинской деятельности относятся к сфере частного правового регулирования. На них практически в полном объеме распространяются положения гл. 48 Гражданского кодекса РФ и Закона РФ № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Таким образом данные законодательные положения о социальном страховании характеризуют наше Государство как социальное Государство, основной целью которого является гарантии в предоставлении бесплатной медицинской помощи и других социальных услуг всему населению России. Необходимо подчеркнуть, что в российском законодательстве созданы необходимые условия для дальнейшего развития государственного национального здравоохранения, работающего по единым правилам и стандартам. Государство является гарантом социальной защиты интересов граждан Российской Федерации в охране здоровья. Кроме того, основные расходы на бесплатное оказание медицинской помощи населению несет РФ. Около 79% от общей суммы расходов на медицинскую помощь финансируются из бюджета, с учетом социального налога — 5,1% к фонду оплаты труда.

Российская Федерация, Государство является учредителем и собственником: — 68% медицинской инфраструктуры (5724 из 8419 медицинских организаций разного уровня и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности);

¹ Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 (ред. от 22.07.2024) «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2024) (далее — Закон об организации страхового дела).

— 96,7% организаций, лицензированных к образовательной деятельности в области медицины.

Государство устанавливает стандарты медицинской помощи и деятельности, образовательные стандарты и типовые образовательные программы, а также формирует профессиональные стандарты и критерии аккредитации медицинских работников. Система здравоохранения в Российской Федерации имеет особенности функционирования, основанные на единстве государственной, муниципальной, частной системы здравоохранения.

Современная система здравоохранения РФ — совокупность органов управления здравоохранением, медицинских учреждений (организаций), в том числе частных медицинских и фармацевтических учреждений, функционирующих как единое целое, для организации охраны здоровья граждан и оказания им профилактической, диагностической, лечебной, восстановительной медицинской помощи. Система здравоохранения обладает внутренней структурой, единством внутренних связей элементов и внешней обособленностью. На государственном и муниципальном уровнях реализуется Программа Государственных Гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, целевая программа подготовки кадров, научных исследований, ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий.

Задачи системы здравоохранения:

- формирование законодательной базы об охране здоровья граждан;
- охрана и оздоровление окружающей среды;
- обеспечение социально-гигиенических условий на производстве и в быту, предупреждение травматизма и профессиональных заболеваний, охраны труда;
- обеспечение обоснованной системы питания;
- развитие физической культуры;
- гигиеническое воспитание и обучение населения, начиная с образовательных учреждений;
- поощрение материнства;
- привлечение граждан к активному участию в оздоровительных мероприятиях;
- научно-обоснованное развитие сети медицинских учреждений;
- обеспечение потребностей населения в доступной, качественной, бесплатной медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение;
- развитие санаторно-курортной базы;
- подготовка и усовершенствование специалистов в области здравоохранения;
- проведение научно-исследовательских работ в медицине;
- внедрение современных технологий в производстве и оказание медицинской помощи, в том числе, путем развития материально-технической базы учреждений.

Организация оказания медицинской помощи населению должна обеспечить:

- удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи;

- выполнение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- доступность медицинской помощи;
- качество и эффективность медицинской помощи;
- преємственность в оказании медицинской помощи;
- эффективность использования ресурсов здравоохранения;
- современный уровень оказания медицинской помощи.

Основные принципы и задачи организации медицинской помощи населению:

- оказание первой и неотложной медицинской помощи пациентам с острыми заболеваниями и при внезапных состояниях, травмах, отравлениях;
- оказание квалифицированной медицинской помощи, включая специализированную и высокоспециализированную, в медицинских учреждениях и на дому;
- обеспечение профилактики заболеваний, травм и инвалидности населения, включая вакцинацию;
- диспансеризация населения для раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения за больными и их лечение;
- пропаганда здорового образа жизни, гигиеническое воспитание и обучение населения;
- обеспечение восстановительного лечения и реабилитации;
- проведение противоэпидемических мероприятий;
- экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности;
- повышение квалификации медицинских работников;
- внедрение современных лечебно-диагностических технологий;
- внедрение результатов научно-исследовательских работ в практику;
- создание комфортных условий для больных в медицинских учреждениях;
- соблюдение правил и принципов медицинской этики и деонтологии;
- соблюдение правил использования персональной информации о больных и информирование их о предстоящих медицинских вмешательствах.

Система здравоохранения РФ включает:

- органы управления здравоохранением, которые реализуют программы охраны здоровья, участвуют в развитии медицинской науки, регулируют и координируют деятельность медицинских организаций (учреждений);
- государственные организации здравоохранения (федеральные и региональные);
- муниципальные организации здравоохранения;
- частные организации здравоохранения.

Необходимо отметить, что важнейшим принципом для РФ выступает *приоритет профилактики в сфере охраны здоровья*, заложенный ранее основателем советского здравоохранения Н. А. Семашко, содержание и реализация которого обеспечиваются путем:

- разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя, потребления табака или

потребления никотин содержащей продукции, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;

— осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

— осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально-значимых заболеваний и борьбе с ними;

— проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

— осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Таким образом, *законодательная система РФ закрепляет социальный, государственный характер российского здравоохранения*, построенного на принципах профилактики и предупреждения развития болезней, что основано на богатейшем историческом опыте отечественного здравоохранения.

Одним из основных достижений отечественного здравоохранения было развитие, при поддержке государства, профилактического принципа, начиная с применения массовой вакцинации от оспы в XIX веке и уникального опыта внедрения диспансеризации раннего социалистического периода 30-х годов прошлого столетия. Главное достижение данного метода — массовый охват населения прививками, поддержание здоровья на высоком уровне, путем соблюдения рекомендаций здорового образа жизни (ЗОЖ), повышение самосознания населения о необходимости предупреждения болезней.

Существенные изменения система здравоохранения претерпела в связи с переходом в 1990-х годах от бюджетного здравоохранения к системе медицинского страхования, внедрению рыночных отношений и развитию медицинских услуг, не характерных для традиций отечественной медицины. Данная реформа здравоохранения на долгие годы отдалила здравоохранение России от профилактических принципов, чему способствовал переход на рыночные принципы функционирования в период перестройки экономики России.

Социальные механизмы поддержки населения, основанные на уникальном принципе советского профилактического здравоохранения, перестали действовать. В наше время произошел возврат к этим принципам, но потребуются дополнительные усилия по налаживанию профилактической работы с населением с активным вовлечением всех социальных слоев его в «жизнесохранительное» поведение, соблюдению принципов ЗОЖ.

Каковы же социальные модели организации систем здравоохранения, возможные для эффективного применения государствами, с учетом специфики и собственного опыта исторического развития?

Если сгруппировать модели развития страхования в медицине, то в зависимости от роли Государства существуют три основные модели:

- 1) бюджетная (государственная, система Бевериджа–Семашко);
- 2) страховая (социально-страховая, система Бисмарка);
- 3) частная (негосударственная или рыночная).

Первая модель реализуется в следующих странах: Великобритания, Испания, Италия, Ирландия, Греция, Дания и Португалия и др., где государство выполняет всеобъемлющую роль гаранта всеобщности и доступности медицины для населения, вследствие чего финансирование системы здравоохранения также является преимущественно государственным (система прямого налогообложения). Медицинские услуги в рамках указанной модели оказываются бесплатно, а частное страхование и дополнительные платежи со стороны граждан выполняют роль дополнительных источников финансирования. Однако в этой модели существуют и частнопрактикующие специалисты, но их положение второстепенно, государство тщательно нормативно регламентирует и контролирует их доступ к рынку и действия на нем. Вдобавок медицинские учреждения проходят установленную в нормативно-правовых актах аккредитацию в рамках системы здравоохранения, а специалисты проходят через государственную систему лицензирования с целью подтверждения наличия надлежащего уровня качества оказания медицинских услуг.

Вторая модель здравоохранения распространена в Германии, Франции, Японии, Канаде, Нидерландах, Австрии, Швейцарии, Бельгии и др. Это система взаимно регулируемого страхования права на охрану здоровья, основанного на смешанной экономике — так называемый гибрид рыночного и государственного управления с предоставлением социальных гарантий. Государством покрывается большая часть расходов на оказание медицинских услуг гражданам. Однако, при распределении средств финансирования в рамках системы здравоохранения ключевую роль занимают частные коммерческие или некоммерческие страховые фонды. Также важную роль в распределении средств финансирования играет рынок, иными словами выбор пациентов в пользу тех или иных медицинских услуг и организаций, исходя из собственных потребностей определяет направление бюджетов в области здравоохранения. В связи с этим *систему можно характеризовать как децентрализованную*. В этой модели первичную медицинскую помощь оказывают преимущественно частнопрактикующие семейные врачи [6].

Третья модель организации здравоохранения — частная, в основе которой представлено оказание медицинских услуг широким диапазоном медицинских учреждений за счет частного страхования и оплаты медицинских услуг гражданами за свой счет. Указанная модель представлена в таких странах, как США, Южная Корея и Израиль и др., где единая система государственного медицинского страхования и его нормативно-правового регулирования отсутствует. Рынок играет основную роль в регулировании отношений в рамках оказания медицинских услуг, в то время как государство лишь заполняет пробелы в нормативно-правовом регулировании системы, где регулирование со стороны рынка отсутствует, государство выполняет направляющую нормотворческую роль.

Ни одна из вышеприведенных моделей не является универсальной — в каждой из них присутствуют свои преимущества и недостатки. Также в каждой из моделей существует основной источник финансирования системы здравоохранения, и ключевой фактор, определяющий порядок регулирования системы здравоохранения (государство или рынок). Стоит подчеркнуть, что ни одна из проанализированных моделей не может обеспечить все потребности граждан в рамках системы здравоохранения посредством финансирования из государственного бюджета в отсутствие финансовых возможностей частного страхования. Следовательно, оба звена (государство и рынок) должны взаимодополнять друг друга в рамках нормативно-правового и фактического регулирования системы здравоохранения при условии государственного направления их взаимоотношений. При этом основная задача государства заключается в стратегическом планировании и установлении правовых границ с целью защиты интересов и прав пациентов (доступность и качество оказания медицинской помощи).

Модели, которая была реализована в СССР, история здравоохранения не знает. Это уникальный опыт, который необходимо пересмотреть и взять лучшее для современного развития РФ. Эффективность систем здравоохранения зависит от *рационального использования ограниченных средств*, выделяемых государством на финансирование полностью бесплатной или частично в рамках ограниченных бесплатных для населения программ медицинской помощи. Все недостатки рыночных отношений и переход экономики России на эти рельсы вызвали кризис отечественного здравоохранения.

Перестройка 90-х годов почти разрушила основы отечественного здравоохранения. Наметился опасный путь к полному переходу на частную систему здравоохранения, к недоступной медицинской помощи для основной массы населения. Выход был найден в системе страховой медицины после изучения опыта зарубежных стран, работающих в капиталистических условиях, на рыночных принципах (медицинская услуга). В этот период Государство обеспечило всеобщность и бесплатность медицинской помощи за счет социального налога на ОМС (от 3,6% до 5,1% к ФОТ). В этот период, благодаря поддержки Государства, был выбран путь на сохранение лучших традиций советского здравоохранения на основе новой системы медицинского страхования (система Бисмарка).

Появилась необходимость создания новой законодательной базы с учетом развития рыночных механизмов в экономике страны и в развивающемся активном рынке медицинских услуг. Профилактические принципы, как основы нашего здравоохранения, на время ушли на задний план. Благодаря социальной политике нашего Государства в последние годы был восстановлен профилактический метод работы системы здравоохранения России, в форме целевых государственных стратегических программ развития ПМСП, диспансеризации, высокотехнологической помощи, профилактики и оздоровления населения через пропаганду ЗОЖ. Все это стало возможно с учетом новых подходов в законодательстве о здравоохранении, автономии личности, принципа добровольности

при условии законодательных гарантий Государства для граждан, бесплатности и доступности медицинской помощи для всего населения страны, независимо от его социально-правового статуса.

Важно отметить, что население практически не заметило перехода к системе обязательного медицинского страхования. Истоки этого надо искать в накопленном опыте предыдущих этапов развития отечественного здравоохранения, основанного Н. А. Семашко. Все эти успехи были связаны с уникальным опытом внедрения профилактического принципа построения модели социального государства и народосбережения в ранний период и последующие годы становления советского государства.

Остановимся очень кратко на этапах развития профилактических принципов в России. Мы выделили пять этапов становления и развития государственного здравоохранения, основанного на профилактическом принципе, который развит российским государством и стал примером для многих государств мира.

Этапы развития государственного социального принципа организации медицинской помощи населению России

XVIII–XIX вв. Пандемия оспы — вакцинация населения от оспы как пусковой механизм объединения медицинской службы российским государством. Государственная медицина России была долгое время направлена в основном на защиту здоровья царских особ и Армии России. Однако обстоятельства заставили российское Государство предпринять серьезные усилия в профилактике особо опасных инфекций через организацию вакцинации, основав таким образом впервые социальную защиту населения путем использования бюджетных средств.

Реформы Александра II второй половины XIX века — земская медицина на службе государства. Этот этап развития ПМСП, создавший предпосылки для всеобщего охвата медицинской помощью сельского населения и в последующем городских жителей. Постепенный переход на государственную службу земских и думских врачей (были частными). Земская медицина и реформы Александра II дали мощный толчок для развития государственной системы здравоохранения, а также поиску источников финансирования, помимо бюджета и муниципальных налогов. Финансовой основой земств являлись налоги с крестьянских дворов (в том числе и на содержание земской медицины). При этом плата за стационарное лечение к 1910 г. сохранилась, главным образом, в уездных городских больницах и только для пациентов из других уездов. В 1903 г. Правительство утвердило специальное «Положение об управлении земским хозяйством», в статье 104 которого было указано, «что во всех содержимых на земские средства сельских лечебных заведениях жители губернии пользуются бесплатной медицинской помощью» [12].

Земская медицина явилась в жизни России совершенно уникальным фактором национального общественного (публичного) служения, исключаящего в принципе преимущество сильных и богатых.

Сравнительная характеристика условий работы врачей земских и неземских губерний [3]

№.№	Показатель	Неземская губерния	Земская губерния
1	Площадь обслуживания на 1 врача, кв. верст	8640	1800
2	Обеспеченность населения больничными койками	1 койка на 2380 человек	1 койка на 1250 человек
3	Обеспеченность населения врачами	1 врач на 101 300 человек	1 врач на 42 000 человек
4	Обращаемость за медицинской помощью, на 100 000 человек	1594	3210

1917–1978 гг. Государственная система Н. А. Семашко. Становление и развитие профилактического принципа государственного здравоохранения России, основанного на массовом диспансерном методе и борьбе с инфекционными заболеваниями, здоровом образе жизни как основы обеспечения безопасности Государства. Главным идеологом, реформатором этого метода был Николай Александрович Семашко (20.09.1874–18.05.1949). Применение диспансерного метода началось с 1923 года прежде всего в борьбе с профессиональными заболеваниями, изучении условий труда и быта с точки зрения влияния их на состояние как самого больного, так и течения его болезни [7]. Был намечен план перехода всей лечебно-санитарной организации на профилактическую борьбу с вредными условиями труда и быта. Сущность диспансеризации заключалась в учете нуждаемости в распределении лечебно-социальной помощи: «Учраспред» — такой формулой обозначил эту акцию В. А. Обух [9].

Определенное положительное влияние на развитие оздоровительных начал в обществе оказало создание профилактических учреждений: диетических столовых, ночных профилакториев, физиотерапевтических площадок. Количество охваченных диспансеризацией предприятий и учреждений увеличивалось из года в год.

Для профилактических мероприятий был привлечен огромный кадровый состав российского здравоохранения. Вся страна включилась в борьбу за здоровый образ жизни, профилактику в основном массовых инфекционных заболеваний. Это дало ощутимый эффект.

В последующие годы экстенсивный путь развития советского здравоохранения безусловно сыграл положительную роль в отечественной системе охраны здоровья и явился примером для многих развивающихся стран. За сравнительно короткий период времени советским здравоохранением были достигнуты большие успехи в быстрой ликвидации эпидемических и социальных болезней [11]. Увеличилась средняя продолжительность жизни более чем в 2 раза, общая смертность снизилась в 3 раза, детская смертность — в 11 раз.

**Сравнительные данные основных показателей деятельности системы
здравоохранения в 1913–1967 гг. [13]**

№.№	Показатель	Годы	
		1913 г.	1967 г.
1	<i>Численность врачей всех специальностей</i>	2900	26 400
2	в том числе педиатров	557	26 400
3	акушеров-гинекологов	423	1116
4	<i>Число больничных коек</i>	19 900	45 300
5	в том числе для детей	1396	8510
6	для родовспоможения и гинекологических	1161	5378
7	число коек в санаториях	430	6519
8	число коек в пансионатах	—	1566
9	число коек в домах отдыха (без однодневных)	—	6936
10	<i>Расходы на здравоохранение и физическую культуру, млн руб.</i>	7,9	150,8

Полностью ликвидированы были такие опасные болезни как холера, чума, оспа и дифтерия, резко сократилась заболеваемость туберкулезом, полиомиелитом и др.

Это не осталось без внимания ВОЗ, опыт России был оценен весьма высоко. В 1978 г. в Алма-Ате на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи была принята декларация, актуальная и по сей день.

Согласно данной декларации, именно ПМСП, основанная на профилактических принципах, является главным инструментом в достижении всеми народами мира достаточного уровня здоровья для ведения продуктивного в социальном и экономическом плане образа жизни.

Опыт СССР был особенно полезен для развивающихся стран, применивших систему Бевериджа (национальная система здравоохранения). Данная модель основана на бюджетном праве и финансируется из консолидированного бюджета страны, с участием медицинских организаций, как правило, государственного сектора (государственных учреждений).

Система государственного здравоохранения (национальная система) существовала в СССР вплоть до перехода на рыночные отношения (с 80-х годов до начала 90-х годов прошлого столетия). Поскольку основой кадровой политики в здравоохранении были служащие государственных медицинских организаций, учрежденных государством для обеспечения качественной и доступной медицинской помощи на всех уровнях первичной медико-санитарной помощи, специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи, невыполнение плана профилактических мероприятий наказывалось [2].

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) была приоритетна в системе здравоохранения СССР, что было главным условием улучшения здоровья

населения, положительного роста демографических показателей. Однако этот период не был достойно оценен в Российской Федерации и в последующих периодах развития страны.

К началу 80-х годов прошлого века Правительством СССР не были учтены общемировые тенденции — выход на первое место хронической патологии в связи с успехами в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями. Особенно отход от профилактического принципа здравоохранения негативно сказался на последующих этапах развития государства и перехода на рыночные отношения в период перестройки. Стали замедляться медико-демографические показатели, к концу 1980-х годов основные достижения отечественного здравоохранения были потеряны. Снизилась заработная плата медицинских работников, появился кадровый дефицит. Заметно снизилась рождаемость, стала увеличиваться смертность населения, ухудшились положение медицинских работников, наметился серьезный кадровый дефицит, особенно в сельской местности, в отдаленных территориях СССР.

Тем не менее система советского здравоохранения была всеобщей, бесплатной, и страховой, так как сами средства из бюджета формировали нечто подобное страховому государственному фонду, но без участия системы посредников — страховщиков. Данная система имела ряд существенных ограничений. Однако, с учетом ее социального характера, всеобщности, бесплатности и контроля государства это было правильным направлением развития здравоохранения.

Всеобщая диспансеризация населения СССР в 1978–1980 гг. Это пример нереализованных действий, который закончился неудачным опытом оздоровления нации путем экстенсивного принципа развития, который привел к кризису здравоохранения и усугубился начавшейся перестройкой. Идея всеобщей диспансеризации в принципе не могла учесть, что назревал экономический кризис, который отразился на здравоохранении, в первую очередь. Экстенсивный путь развития, основанный на количественных показателях (большой охват диспансеризуемых, рост медицинского кадрового состава, коечного фонда, строительство медицинских организаций и т.д.) не мог привести к успеху, так как население не было правильно подготовлено к такой мощной кампании, а система оздоровления не имела необходимых ресурсов. В 1980 г. периодическими профилактическими медицинскими осмотрами было охвачено 112,5 млн человек, под диспансерным наблюдением находилось 45 млн больных. Однако объем и качество диспансеризации еще не отвечали поставленным задачам. Простые подсчеты показывали, что для охвата диспансеризацией всего населения необходимо было подготовить около 300 тыс. врачей, то есть на 30% больше существующих на тот период кадров [4].

В это время в соответствии с рекомендациями ВОЗ мировое здравоохранение переориентировалось на борьбу с факторами риска основных хронических заболеваний, борьбу за первичную социальную, медико-социальную профилактику и усиление роли первичного звена здравоохранения как наиболее перспективный метод решения задач укрепления здоровья семьи и общества в целом с активным вовлечением в этот процесс самого населения [2].

Важно отметить, что в конце 1980-х годов Россия находилась в экономическом кризисе, что сказалось и на системе здравоохранения в целом, особенно на кадровом потенциале. Резко уменьшились бюджетные возможности финансирования здравоохранения.

Необходимо было искать более эффективные и экономически оправданные модели. Введение системы семейной медицины с созданием общеврачебных практик вполне соответствовало этим целям. В условиях нарастающего кризиса здравоохранения появилась идея перехода на принципы медицинского страхования.

Здравоохранение не было готово к переходу на новые принципы организации медицинской помощи, основанные на рыночных механизмах, оплаты — медицинской услуги, как экономического эквивалента. Однако существовала хорошо развитая материальная база, созданная предыдущими успехами советского здравоохранения. Построенные поликлиники, больницы, роддома, диагностические медицинские центры явились основой для дальнейшего устойчивого развития, которой в новых рыночных условиях требовалось найти адекватный источник финансирования. Именно поэтому страхование было выходом в сложившейся ситуации. Кроме того, переход на медицинское страхование отвечало принципам социального государства.

Этап перехода РФ от бюджетного здравоохранения к рыночной модели медицинского страхования. Это очень важный этап отечественного здравоохранения, так как никогда мы не сталкивались с рыночными отношениями в здравоохранении и реформой здравоохранения в таких масштабах.

В 1991 г. был принят Закон «О медицинском страховании в РФ», который включал в себя и главы, регулирующие добровольное медицинское страхование (ДМС). Закон ввел принципы частной инициативы, свободу выбора различных программ медицинских услуг, допуск в систему обязательного медицинского страхования для исполнения Государственного заказа. С принятием в 1991 г. закона о медицинском страховании и последующем Закона РФ № 326 «Об обязательном медицинском страховании» [8] закончился период развития профилактического принципа как основного метода отечественного здравоохранения и начался период рыночных отношений в здравоохранении.

В условиях медицинского страхования эффективность функционирования новой системы должна была базироваться на иных подходах в организации первичной медицинской помощи, основанной на идее семейной медицины, специально подготовленных кадров высшего и среднего звена. Соотношение объемов первичной медико-социальной и специализированной помощи должно было измениться в пользу первой, что связано с предположительным расширением профилактической и лечебной работы. Появились программы создания условий максимальной интенсификации деятельности врачей общей практики¹ путем

¹ О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача): Приказ Минздравсоцразвития РФ № 237 от 26 августа 1992 г. Доступ из информационно-правовой базы Гарант.

предоставления им достаточной свободы в условиях новой публичной службы, освобождения от несвойственной для врача первого контакта заорганизованности, путем передачи ряда функций другим кадрам медико-социальной сферы, а также материальной заинтересованности. Однако реформа ПМСП и переход к ОВП были практически приостановлены на годы. Ошибки органов управления здравоохранением и традиционный перекоп в сторону специализированной медицинской помощи достиг своего негативного апогея в конце 1990-х годов. Не был реализован принцип вовлечения в реформу ПМСП (введения семейного врача) на муниципальном уровне.

Кроме того, стала развиваться внутренняя конкуренция за потребителя (пациентов), предпочитающих выбор наиболее качественную, хорошо обеспечивающую сервис, частную систему здравоохранения системе обезличенного и плохо организованного государственного сектора. С этого периода здравоохранение перешло в «мир медицинских услуг» и постепенно стало ориентироваться на рынок этих услуг, объем медицинских услуг, план финансового сбора в ущерб качеству [14].

Несомненно, рыночные принципы в здравоохранении не способствуют развитию профилактических программ для населения и требуют нового подхода в их реализации. В наше время данный недостаток системы медицинского страхования ликвидируется с трудом. Стало ясно, что без решающей роли государства невозможно решить проблему оздоровления населения.

Переход к медицинскому страхованию был воспринят как новая категория в финансировании медицинской помощи, однако, страхование в России имело глубокие исторические корни.

Начала страховых принципов в мире основаны на благотворительности, социальной взаимопомощи (соборности). Благотворительность, защита бедных, неимущих, начинались с церковного уклада, который был сформирован христианскими ценностями в России также, как и в мире.

Кроме того, крестьяне издавна самостоятельно, на принципах взаимопомощи создавали специальные организационные механизмы защиты, по сути, *страховые фонды*, путем сбора части урожая на случай засухи, стихийных бедствий, а горнорабочие и шахтеры путем сбора средств на случай смерти товарища для помощи семье. Это главный принцип страхования — солидарное покрытие материальными средствами наступления страхового случая, т.е. страховался риск смерти и голода.

Современный институт страховых социальных фондов основан на этой правовой конструкции, где государство поручает страховой системе выступать распорядителем накопленных страховых материальных средств, а за собой оставляет функцию контроля эффективного использования финансовых ресурсов, которые всегда ограничены и требуют рационального использования.

Медицинское страхование в России как правовой институт появился сравнительно недавно, но истоки его основания в общем страховом деле России, заложенного еще в XIX веке. Элементы его были представлены в страховых продуктах: страхование жизни, несчастного случая на производстве и практически не затрагивали медицинскую помощь.

В 20-е годы XIX века начала формироваться государственная система страхования России: пенсионные кассы, сберегательные кассы для служащих железных дорог, горнорабочих, общества взаимного страхования, страхования земства. В 1895 г. появилось первое перестраховочное общество, которое брало на себя риски в результате страхования страховых компаний России, что было очень прогрессивно на тот момент.



Рис. 5.1. Доходный дом Первого Российского страхового общества с противоположной стороны Каменноостровского проспекта, от Лицейской улицы (около 1915 г.)

Первое страховое общество в Российской империи было создано еще в 1765 г. в Риге и называлось «Рижское общество взаимного страхования от пожаров».

В период с 1786 по 1820 г. также были созданы несколько страховых компаний. Создание Первого Российского страхового общества, учрежденного 22 июня 1827 г. в форме акционерного капитала, стало важным этапом в истории развития страхового рынка России, выгодным предприятием для его участников, крупнейшим акционерным обществом Российской империи в целом. Его устав служил образцом при учреждении многих других страховых компаний на протяжении десятилетий.

После создания устойчивого страхового рынка Российским Государством была дана санкция на развитие свободной конкуренции.

К концу XIX в. в России действовало 15 акционерных обществ, 32 общества взаимного страхования и иностранные страховые компании (в основном английские и немецкие). Доля иностранного капитала в страховом деле в 1890 г. составляла 24,4%.

В связи с тем, что иностранные страховщики вывозили страховые премии за границу, российское Государство приняло меры, в условиях бюджетного дефицита, и способствовало созданию и развитию отечественных страховых организаций. В 1894 году был установлен контроль за деятельностью страховых обществ со стороны Министерства внутренних дел. В этот период в Российской империи

сложилась система страхования в российских и иностранных страховых акционерных обществах, обществах взаимного страхования и земских обществах. Также страхованием занимались правительственные учреждения (государственные сберегательные кассы, пенсионные кассы, территориальные страховые учреждения).

После 1917 г. произошло преобразование страхового дела в России. Первоначально декретом Совета народных комиссаров РСФСР от 23 марта 1918 г. был учрежден контроль за всеми видами страхования. В 1918 г. съезд руководящих работников страховых отделов признал необходимость упразднения частных страховых обществ и введения государственной монополии. Декретом СНК РСФСР от 28 ноября 1918 г. «Об организации страхового дела в Российской республике» страховое дело было монополизировано государством во всех его видах и формах.

В условиях Гражданской войны, разрухи и почти полного обесценивания денежных знаков, страхование теряло свое значение. Государственное имуще-



Рис. 5.2. Страхование жизни в СССР, 1935 г.

ственное страхование было восстановлено после окончания Гражданской войны. В Народном комиссариате финансов РСФСР было создано Главное управление государственного страхования, основной функцией которого являлось осуществление государственного страхования.

В период с 1926 по 1932 г. страхование в нашей стране развивалось высокими темпами. С 1 октября 1929 г. было введено обязательное страхование в промышленности, которое распространялось почти на все имущество государственных учреждений и предприятий, состоявших на хозрасчете или местном бюджете. В 1926 г. было введено добровольное страхование пассажиров (в 1931 г. оно стало обязательным).

Для того чтобы улучшить обслужива-ние страхования экспорта и импорта, а также для установления связей на иностранных страховых рынках, Госстрах совместно с НКВТ и кооперацией основал в Лондоне в начале 1925 г. акционерное общество с уплаченным капиталом 100 тыс. фунтов стерлингов под названием «Блекбалси» в Лондоне. Аналогичное общество было организовано в 1927 г. в Гамбурге с капиталом 1 млн германских марок. Это общество называется «Софаг», и оно существует по сей день.

В годы Великой Отечественной войны средства государственного страхования направлялись в первую очередь на нужды фронта и тыла. За 1941–1945 гг. Госстрах СССР передал в государственный бюджет свыше 5,8 млрд рублей. В послевоенные годы страхование развивалось по пути расширения объема

страховой ответственности и совершенствования действовавших видов. В 1947 г. из системы Госстраха СССР выделяется открытое страховое акционерное общество Ингосстрах как самостоятельное юридическое лицо. Цель его создания — обслуживание внешнеторгового оборота, научно-технических и культурных связей РФ с зарубежными странами. Через эту компанию проходил и проходит большой денежный поток [5].

В 1958 г. произошли значительные изменения в организационной структуре органов государственного страхования. Страховое дело было передано в ведение министерств финансов союзных республик.

К концу 1980-х годов в СССР работало 5765 инспекций государственного страхования, 3425 из них находились на территории России. В 1989 г. число договоров добровольного страхования среди населения составило 121,5 млн при численности населения 148 млн человек, то есть менее 1 договора на человека.

Страхование в России возродилось только с началом 90-х годов прошлого века и с момента появления Закона «О страховом деле» 1993¹ года, получило дальнейшее развитие. Именно в этот период стали активно создаваться страховые медицинские организации, которые занимались медицинским страхованием, в основном добровольным медицинским страхованием, но с развитием ОМС они стали активно внедряться в систему Обязательного медицинского страхования. С этого момента можно сказать о *появлении системы страховой медицины*.



Рис. 5.3. Екатерина Великая на почтовой марке, выпущенная к юбилею страхования в России

Законодательную базу правового регулирования страховой деятельности заложил закон «О страховании» от 27 ноября 1992 года². С его принятием начался новый этап в развитии страхового дела. Вторым основным законодательным документом стал Гражданский кодекс (ч. 2, гл. 48), который регулирует правовые отношения при страховании. Принятие этих документов положило начало резкому росту числа страховщиков, появлению новых потребностей в страховых услугах и обострению конкуренции на рынке.

Из-за отсутствия стабильности в политике и экономике к 1997 г. финансовое положение страховых компаний ухудшилось, и к концу года усилился процесс их слияния.

За период с 1996 по август 1998 г. наблюдались следующие тенденции на страховом рынке: совершенствование страхового законодательства, принятие второй

¹ Закон РФ «Об организации страхового дела в российской федерации» от 27.11.1992 № 4015-1 ст 8 (ред. от 02.07.2021).

² Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 (ред. от 22.07.2024) «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2024).

части Гражданского кодекса РФ, внесение изменений и дополнений в Закон «Об организации страхового дела в РФ», банкротство и сокращение числа страховых компаний, не соответствующих требованиям финансовой устойчивости, платежеспособности и профессионализма при осуществлении страховой деятельности.

К началу 2000-х годов наблюдается возрастание роли страховых компаний в российской экономике. Страховые премии по разным видам страхования выросли почти в два раза.

В 2011 г. широко отмечался юбилей — 225 лет со дня основания первого российского страхового учреждения. Медицинское страхование рождено не на пустом месте.

Началом демонополизации страхового дела в России считается принятие закона «О кооперации» (1988), который предусматривал, что кооперативы могут создавать собственные страховые организации и самостоятельно определять условия, порядок и виды страхования. Создаваемые страховые общества активно занялись страхованием во всех секторах складывающегося рынка, в том числе и медицине.

Неясно было, на каких принципах допускать в систему ОМС РФ частных страховщиков. Лучше обстояло дело с добровольным медицинским страхованием, так как правила и условия для этого вида не были жестко регламентированы. Процедура, организация ДМС была тщательно развита инициативными предпринимателями страхового рынка ДМС, большинство из которых были врачами.

При этом появилась жесткая конкуренция. Этот период был коротким, но благодаря накопленному опыту частные страховые компании, допущенные в систему российского ОМС, быстро наладили процесс на условиях конкуренции за объемы страхования и количества застрахованных граждан.

Активно стали обсуждать проблемы защиты врачебного состава, подниматься вопросы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Появилась прослойка в адвокатском сообществе, занимающаяся «медицинскими делами» (защитой медицинских работников и пациентов).

Что положительного дала система ОМС за прошедший период с 1991 года?

— Создала устойчивую модель социального страхования в системе здравоохранения.

— Сохранила государственную медицинскую инфраструктуру здравоохранения РФ.

— Позволила стандартизировать медицинскую деятельность.

— Ввела экономические категории у медицинских руководителей.

— Научила ЛПУ выживать в экстремальных условиях.

— Развила систему менеджмента качества медицинской помощи.

— Разработала стандарты оценки качества медицинской помощи с помощью страховой экспертной системы.

— Позволила развить систему частного здравоохранения.

— Предложила возможность участия частной системы здравоохранения в обеспечении Программы государственных гарантий медицинской помощи населению РФ.

— Создала возможность выбора медицинских организаций пациенту.

Вывод очевиден — построение системы здравоохранения России должно базироваться на принципах бесплатности, доступности, учитывать исторически проработанные профилактические основы. В современных условиях сохранение жизни и здоровья населения возможно только в условиях государственного национального здравоохранения РФ.

Страховой принцип формирования финансирования системы здравоохранения при всех недостатках в настоящее время в целом носит положительный характер и нуждается в совершенствовании на основе анализа исторического опыта развития страхового дела в России.

Обязательное медицинское страхование как неотъемлемый компонент здравоохранения

Основной объем медицинских услуг предоставляется российским гражданам в рамках отношений по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), посредством реализации базовой и территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Модель обязательного (всеобщего) медицинского страхования, распространенная в мировой практике, основывается на принципе общественной солидарности в системе социального (медицинского, в том числе) страхования: *«Богатый платит за бедного, здоровый за больного, молодой за пожилого, работающий за неработающего»*.

Данные принципы применены в российском законодательном регулировании ОМС как социально-экономический механизм в системе охраны здоровья граждан РФ.

Кроме того, введение медицинского страхования должно было решить две основных задачи:

- 1) увеличение финансирования здравоохранения минимум в два раза за счет налогообложения работодателей (5,1% к ФОТ);
- 2) улучшение качества медицинской помощи.

Качество организации медицинской помощи (КОМП) экспертным сообществом определяется как совокупность её организационных характеристик, включающая в себя:

- доступность;
- преемственность;
- ориентированность на удовлетворенность пациента;
- безопасность;
- своевременность и научно-технический уровень, стабильность процесса и результата.

Как отмечено выше, медицинское страхование осуществляется в двух видах — обязательном (ОМС) и добровольном (ДМС).

В России действуют *Базовая и Территориальные программы ОМС*, в рамках которых определяется, какая именно амбулаторно–поликлиническая и стационарная помощь, в каких учреждениях здравоохранения и при каких заболева-

ниях оказывается гражданам, проживающим постоянно или преимущественно на данной территории, за счет средств ОМС, а также проведение каких именно мероприятий по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение, осуществляется за счет указанных средств. *Экономическую основу медицинского страхования составляют:* государственные фонды здравоохранения и фонды обязательного медицинского страхования. Финансовая основа государственной системы обязательного медицинского страхования — отчисления страхователей на ОМС и бюджетные платежи за обязательное медицинское страхование неработающего населения. Важнейшая характеристика системы ОМС — целевое формирование средств на здравоохранение.

Финансовые средства аккумулируются в фондах обязательного медицинского страхования — *федеральном и территориальных*. Они являются самостоятельными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и созданы для обеспечения стабильности государственной системы ОМС. Финансовые средства фондов не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию.

Основными функциями федерального фонда ОМС являются:

- финансирование целевых программ в рамках ОМС;
- разработка нормативно-методических документов для системы ОМС;
- сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы;
- контроль над целевым использованием средств системы ОМС;
- аккумулярование финансовых средств и осуществление финансово-кредитной деятельности для выполнения своих задач.

К основным функциям территориальных фондов ОМС относятся:

- аккумулярование финансовых средств территории на ОМС;
- финансирование ОМС, проводимого страховой медицинской организацией (СМО) (путем заключения соответствующих договорных отношений с СМО);
- выравнивание финансовых ресурсов городов и отдельных районов, расположенных в соответствующем регионе, направленное на реализацию ОМС;
- контроль над рациональным использованием финансовых средств ОМС (контрольные проверки финансово-хозяйственной деятельности ЛПУ, СМО);
- формирование финансовых резервов для обеспечения устойчивости системы ОМС.

Очень важной функцией территориальных фондов ОМС является выполнение роли «ответственного плательщика».

Территориальные фонды ОМС оплачивают медицинскую помощь, оказанную гражданам РФ медицинскими учреждениями, расположенными на данной территории в случае, если:

- отсутствуют сведения о СМО, застраховавшей гражданина;
- отсутствует страховой медицинский полис;
- медицинская помощь оказана лицам без определенного места жительства (бомж);

— медицинская помощь оказана жителям иных регионов (с последующими межтерриториальными расчетами с Территориальным фондом ОМС территории страхования гражданина), а также в некоторых других ситуациях.

Обязательное медицинское страхование — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования:

— обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программ обязательного медицинского страхования;

— государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от страховых рисков и исполнению обязательств по ОМС независимо от финансового положения страховщика;

— достижение устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования;

— обязательность уплаты страхователями работающих и неработающих граждан страховых взносов (5,1% к ФОТ) на обязательное медицинское страхование;

— создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Решение задач ОМС:

— организация обязательного медицинского страхования — полномочие Российской Федерации, частично переданное субъектам РФ;

— конкретизация прав граждан на выбор и замену страховой медицинской организации;

— установление единого полиса обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации;

— наличие права свободного участия в системе обязательного медицинского страхования для всех медицинских организаций;

— формирование единых требований к страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

— централизация финансовых ресурсов в системе обязательного медицинского страхования с последующим распределением по субъектам Российской Федерации, исходя из базовой программы обязательного медицинского страхования.

Застрахованы в сфере ОМС с 1 января 2011 года (статья 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ):

- граждане Российской Федерации;
- иностранные граждане: постоянно и временно проживающие в Российской Федерации;
- лица без гражданства, постоянно или временно проживающие;
- лица, имеющие право на бесплатную медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» и Федеральным законом «О вынужденных переселенцах».

Не застрахованы в сфере ОМС с 1 января 2011 года:

- иностранные граждане, временно пребывающие в Российской Федерации;
- лица без гражданства, временно пребывающие в Российской Федерации.

Обязанности медицинской организации:

- обеспечение застрахованным лицам права на выбор медицинской организации и врача;
- бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи;
- информирование застрахованных лиц;
- представление в страховую медицинскую организацию счетов на оплату медицинской помощи;
- представление отчетности об использовании средств ОМС;
- ведение персонализированного учета медицинской помощи.

Страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности:

- осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ и условиями договоров;
- не вправе осуществлять иную деятельность, за исключением деятельности по обязательному медицинскому страхованию;
- отвечают по обязательствам, вытекающим из договоров, заключенных в сфере ОМС.

Безусловно, всеобщность, бесплатность доступность и равные возможности для всех, на чем построена система ОМС как система социальной солидарности, невозможны для большинства стран мира, так как они весьма затратны для любого государства, поэтому нет ни одной страны, кроме РФ, которая бы полностью предоставляла бесплатно медицинскую помощь своим гражданам.

В странах системы Бисмарка (страхование на солидарном покрытии затрат) используется, в той или иной мере, участие граждан своими средствами в финансировании расходов все время удорожающейся медицинской помощи. Это ярко заметно особенно в последние годы, когда медицина перешла на таргетную модель, индивидуальный подход, основанный на новых принципах диагностики и лечения, что связано с открытием в области генома и молекулярного уровня развития патологического процесса, а также необходимостью борьбы на ранних стадиях с рисками его проявления.

В настоящее время медицина переходит на концепцию предупреждения рисков, а не борьбы с болезнями, когда они уже проявились в форме определенной нозологии. Готова ли страховая система к такой перестройке? К сожалению, вынуждены признать, что к таким финансовым тратам страхования система не готова.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) с учетом специфики его объекта отнесено законом к личному страхованию¹. Соответственно к договору ДМС могут применяться положения Гражданского кодекса РФ о порядке заключения договора личного страхования, существенных условиях данного договора, учете вины страхователя или застрахованного в наступлении страхового случая.

Договор личного страхования, в том числе договор ДМС, больше не рассматривается законодателем в качестве публичного². Соответственно у страховщика нет обязанности заключить подобный договор с каждым, кто к нему обратится или в отношении любого гражданина (застрахованного).

Как и в системе ОМС, в ДМС страховое обеспечение предоставляется в натуральной форме, то есть путем оплаты страховщиком медицинских услуг, оказываемых застрахованному лицу. В отличие от иных видов личного страхования (например, страхования от несчастных случаев), страховая выплата по договору ДМС носит целевой характер — компенсирует возможные затраты застрахованного лица на медицинскую помощь, которые он понес бы самостоятельно при отсутствии у него полиса ДМС. *De facto* договор ДМС является страхованием от убытков или так называемым договором компенсационного страхования (*Indemnity insurance*).

В отношении по договору ДМС застрахованный во всех случаях является и выгодоприобретателем: никому, кроме самого застрахованного, не могут быть оказаны соответствующие медицинские услуги.

В отличие от ОМС, программы страховой защиты по ДМС не утверждаются уполномоченным государственным органом, а разрабатываются страховщиком самостоятельно, исходя из потребностей граждан в тех или иных видах медицинской помощи, готовности медицинских организаций оказывать соответствующие услуги. Многообразие Программ ДМС зависит от фантазии страховщиков и возможности продажи их на рынке страхования ДМС. За последние годы этот вид страхования неизменно медленно растет.

Рост ДМС в определенной мере поддерживался стремлением работодателей усилить свою привлекательность на рынке труда. Уход иностранных клиентов страховщиков с российского рынка компенсировался ростом интереса к ДМС у отечественных предприятий.

Увеличению оборота рынка ДМС в стране способствовал также рост стоимости медицинских услуг. Клиники повышали цены по мере увеличения затрат на закупку импортного оборудования, комплектующих, расходных материалов, медикаментов.

¹ См.: пункты 3, 7 ст. 4 Закона об организации страхового дела.

² См.: Федеральный закон от 13.06.2023 № 209-ФЗ, которым внесены изменения в п. 1 ст. 927 Гражданского кодекса РФ.

Контроль государства над деятельностью страховщиков в сфере добровольного медицинского страхования ограничен. Банк России вправе лишь устанавливать минимальные (стандартные) требования к условиям данного вида страхования.

Если в системе ОМС страховщики финансируют практически все виды медицинской помощи, включая плановое лечение имеющихся у пациента заболеваний и профилактические мероприятия, то применительно к ДМС речь, как правило, идет о таких ситуациях (страховых случаях), при которых пациент нуждается в получении экстренной, неотложной медицинской помощи в отношении ранее не диагностированных у него заболеваний [1].

Перечень и объем медицинских услуг, которые застрахованный вправе получить на основании полиса ДМС, predetermined не только наименованием страховой программы или перечнем страховых рисков, но и условием договора о страховой сумме¹. Соответственно в случае, если стоимость лечения превышает страховую сумму по договору ДМС, страхователь (или застрахованный) должны произвести дополнительную оплату медицинских услуг из собственных средств.

ДМС развивается в РФ очень активно, что связано с тем, что Программа ОМС нацелена на обеспечение медицинской помощью населения, в тех же медицинских организациях, что и до перестройки, где главным учредителем является Государство. Некоторые категории граждан РФ, которые хотели бы иметь дополнительные сервисные услуги, возможность без очереди попасть к любому специалисту, получать медицинскую помощь в более комфортных условиях, могут воспользоваться системой ДМС.

Перспективы развития медицинского страхования в России

ОМС в РФ стал мощнейшей системой поддержки отечественного здравоохранения, без этого социального института невозможно представить дальнейшее развитие всех направлений общественного здравоохранения и новейших профилактических, лечебно-диагностических программ, инноваций, цифровизации в России. В соответствии с Отчетом о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2023 г. [10], утвержденном решением Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 апреля 2024 г. финансовая деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования [10] стабильна и оценивается положительно.

Общий объем доходов бюджета Федерального фонда на 2023 год утвержден в сумме 3 135 418,3 млн руб., в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 429 427,1 млн руб.

Основную часть доходов (85,7% от общего объема) планировалось обеспечить поступлениями страховых взносов на ОМС работающего населения (1 788 237,8 млн руб.) и страховых взносов на ОМС неработающего населения

¹ Денежная сумма, в пределах которой страховщик производит страховую выплату и исходя из которой рассчитывается размер страховой премии (страховых взносов).

(898 147,0 млн руб.). Фактическое исполнение бюджета Федерального фонда по доходам в 2023 году представлено в табл. 5.3.

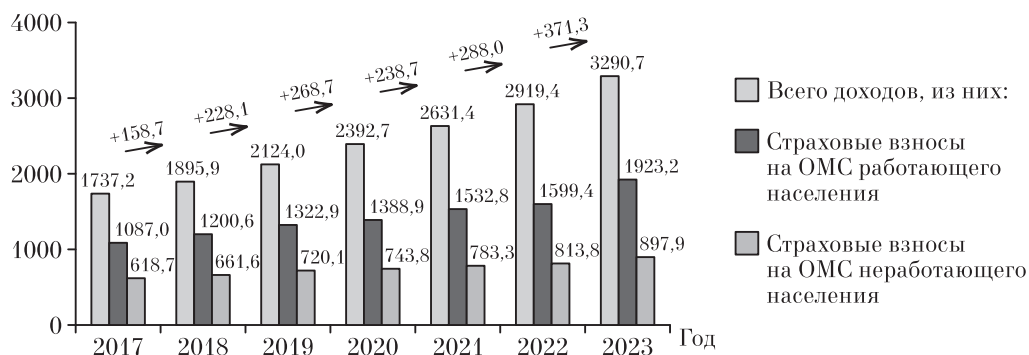


Рис. 5.4. Динамика фактического поступления доходов в бюджет Федерального фонда

Таблица 5.3

Фактическое исполнение бюджета Федерального фонда по доходам (млн руб.)

№	Наименование	Утверждено Федеральным законом от 5 декабря 2022 г. № 468-ФЗ	Исполнено за 2023 г.	% исполнения
1	ДОХОДЫ:	3 135 418,3	3 290 685,6	105,0
2	Из них:			
3	Страховые взносы на ОМС:	2 686 384,8	2 821 074,6	105,0
4	работающего населения	1 788 237,8	1 923 193,8	107,5
5	неработающего населения	898 147,0	897 880,8	100,0
6	<i>Межбюджетные трансферты из федерального бюджета:</i>	429 427,1	428 928,2	99,97
7	на компенсацию выпадающих доходов	149 390,0	149 390,0	100,0
8	на финансовое обеспечение оказания помощи больным с онкологическими заболеваниями	140 000,0	140 000,0	100,0
9	на обеспечение нестраховых расходов	130 037,1	129 538,2	99,6
10	на проведение медицинской реабилитации	10 000,0	10 000,0	100,0
11	<i>Прочие налоговые и неналоговые поступления</i>	19 606,4	40 682,8	2,1 раза

Объем поступлений страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2023 г. составил 897 880,8 млн рублей, или 99,97% от утвержденного годового объема, численности неработающих застрахованных лиц по ОМС на 1 января 2022 г. в количестве 80 860 323 человек.

По сравнению с 2022 г. объем поступлений страховых взносов на ОМС неработающего населения возрос на 10,3%, в том числе за счет увеличения коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг.

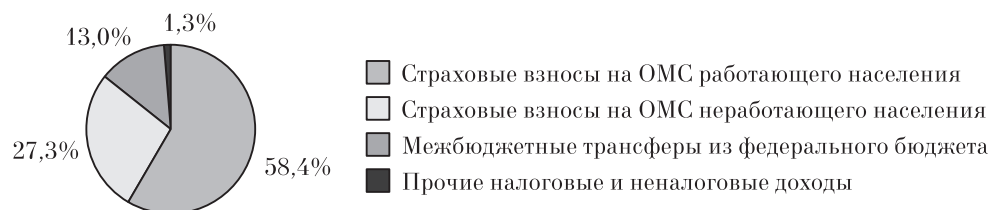


Рис. 5.5. Структура доходов бюджета Федерального фонда в 2023 г.

В расходах бюджета Федерального фонда основную долю (86,2%) составляют субвенции бюджетам территориальных фондов, на осуществление переданных в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ полномочий по организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации.

В 2023 г. бюджетам территориальных фондов предоставлены субвенции в размере 2 746 343,6 млн рублей (99,98% от утвержденного размера), размер субвенции возрос на 11,6%.

Большая работа проведена по охвату медицинской помощи новым территориям РФ, на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, возмещая расходы на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи застрахованным лицам, проживающим на территориях новых регионов, в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС.

В соответствии с распоряжениями Правительства Российской Федерации от 9 марта 2023 г. № 551-р и от 29 декабря 2023 г. № 4052-р на финансовое обеспечение осуществления социальной выплаты медицинским и иным работникам, оказывающим медицинскую помощь (участвующим оказании и обеспечивающим оказание медицинской помощи) лицам, получившим ранения (увечья, травмы, контузии) в ходе специальной военной операции, а также проводящим и участвующим в проведении судебно-медицинской экспертизы, в федеральный бюджет было перечислено 5305,9 млн рублей.

В 2023 г. устанавливались различные способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации, что позволило решить сложные задачи тарифного соглашения на территориях РФ.

Главное нововведение в 2023 г. — исключение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров из подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях. Также подушевой нор-

матив финансирования на прикрепившихся лиц включал в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлен единственно возможный способ оплаты по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации. Для всех субъектов Российской Федерации применяются единые подходы к оценке показателей результативности деятельности медицинских организаций, которые будут учитываться при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования.

Основной направленностью показателей является финансовое поощрение профилактической работы, принятие мер по замедлению темпов прогрессирования заболеваний и недопущение развития тяжелых форм течения заболеваний и их осложнений, требующих оказания экстренной помощи.

В этих целях оцениваются доля посещений с профилактической целью (в том числе на дому), показатели проведения диспансеризации населения и профилактических медицинских осмотров (включая их результаты, выраженные в показателях впервые диагностированных болезней системы кровообращения, дыхания, злокачественных новообразований, сахарного диабета), выполнение плана, уровень охвата пациентов, имеющих хронические заболевания, риск преждевременной смерти, диспансерным наблюдением.

Указанные показатели применялись при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в рамках реализации 85 территориальных программ ОМС (за исключением г. Москва)

Система ОМС России направлена также на профилактическую работу среди населения страдающих социально значимыми заболеваниями, например диабетом. Объем медицинской помощи и ее оплата в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется в рамках территориальных программ ОМС при условии соответствия Правилам организации деятельности кабинета «Школа для больных сахарным диабетом» и стандартам оснащения кабинета «Школа для больных сахарным диабетом», утвержденных приказом Минздрава России от 13.03.2023 г. № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология».

В соответствии с Методическими рекомендациями с 2016 г. осуществляется *оценка эффективности оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров, в динамике, по отдельным показателям на основе данных, предоставленных территориальными фондами в рамках исполнения приказа Федерального фонда от 24 февраля 2016 г. № 23 «Об утверждении порядка представления сведений об оплате медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний и при оказании услуг диализа».*

Средняя длительность пребывания в стационаре пациента на койке в рамках реализации базовой программы ОМС снизилась с 7,97 дня в 2022 г. до 7,91 дня в 2023 г., или на 0,8%, что свидетельствует о поступательной динамике в интенсивности работы стационаров.

В целях усиления контроля за формированием тарифов на оплату медицинской помощи, начиная с 2019 г., в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ Федеральный фонд наделен полномочием по подготовке заключений о соответствии тарифного соглашения базовой программе ОМС.

Основной задачей в области тарифной политики является совершенствование способов оплаты медицинской помощи, в том числе с использованием КСГ, а также внедрение единой тарифной политики на территории всех субъектов Российской Федерации.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), включенная в базовую и территориальные программы обязательного медицинского страхования ВМП в рамках базовой и территориальных программ ОМС в 2023 г. оказывалась 1228 медицинскими организациями, что на 4,1% больше по сравнению с 2022 г. Всего за 2023 г. оплачено 962 615 законченных случаев госпитализаций), что на 3,6% больше по сравнению с 2022 г.

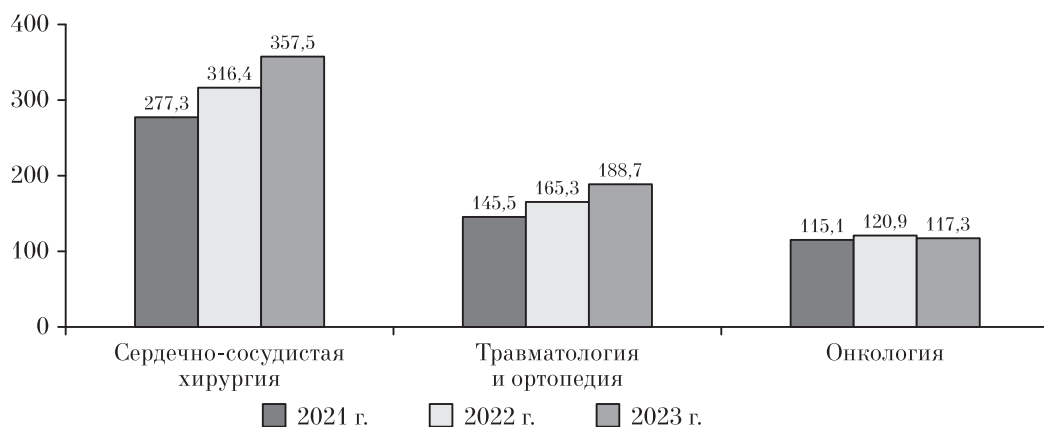


Рис. 5.6. Динамика объемов ВМП, оказанной в рамках базовой и территориальных программ ОМС по профилям медицинской помощи (тыс. госпитализаций)

Наибольшее количество случаев оказания ВМП отмечается при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения, по профилям медицинской помощи. Всего за 2023 г. оплачено 962 615 законченных случаев госпитализаций по ВМП, что на 3,6% больше по сравнению с 2022 г. Средняя длительность одной госпитализации при оказании ВМП в 2023 г. составила 8,4 дня (на 1,2% меньше показателя 2022 г. — 8,5 дня).

Значительный размер финансового обеспечения (82,9% от общего объема использованных средств ОМС) направлен на оплату ВМП по профилям:

- сердечно-сосудистая хирургия (77 201 927,7 тыс. рублей, или 38,8% от общего объема использованных средств ОМС);
- травматология и ортопедия (40 979 648,8 тыс. рублей, или 20,6% от общего объема использованных средств ОМС);

- онкология (27 460 427,5 тыс. рублей, или 13,8% от общего объема использованных средств ОМС);
- нейрохирургия (11 946 831,6 тыс. рублей, или 6,0% от общего объема использованных средств ОМС);
- неонатология (7 233 150,6 тыс. рублей, или 3,6% от общего объема использованных средств ОМС).

Средняя стоимость одной госпитализации при оказании ВМП в целом по Российской Федерации в 2023 г. составила 206,5 тыс. рублей (на 15,5% больше в сравнении с 2022 г.— 178,8 тыс. руб.).

В 2024 г. перечень ВМП, включенной в базовую программу ОМС, расширен на 26 методов, в том числе по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» — 12, «Травматология и ортопедия» — 5, «Педиатрия» — 5, «Акушерство и гинекология» — 2, «Офтальмология» — 1 и «Урология» — 1.

Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры

В целях повышения доступности и качества первичной медико-санитарной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации, в том числе в малонаселенных и труднодоступных районах Российской Федерации, с 2019 г. действует федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

Из средств ОМС оплачено более 24 млн случаев лечения в условиях круглосуточного стационара о застрахованных лицах в рамках ОМС, прошедших профилактические мероприятия в рамках территориальных программ.

Ежегодно увеличивается охват прохождения застрахованными лицами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, так, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023–2025 гг., предусмотрен объем медицинской помощи по профилактическим мероприятиям в размере *0,597 комплексных посещений на 1 застрахованное лицо, что выше норматива 2022 года на 11,6%*.

Таким образом, в 2023 г. за счет средств ОМС по данным территориальных фондов профилактические мероприятия в рамках территориальных программ ОМС прошли 82,1 млн. человек, что больше факта 2022 г. на 58,8% и составляет 95,1% от численности граждан, подлежащих профилактическим мероприятиям в 2023 г. (86,3 млн человек).

В контексте основного направления народосбережение следует отметить проведение процедур ЭКО в рамках национального проекта «Демография». Программой в 2023 г. в рамках базовой программы ОМС установлен средний норматив медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении 0,000619 случаев на 1 застрахованное лицо. Паспортом федерального проекта «Финансовая поддержка семей при рождении детей» национального проекта «Демография» утвержден целевой показатель. Не менее 76 тысяч циклов ЭКО

выполнено семьям, страдающим бесплодием, за счет средств базовой программы ОМС в 2023 г.

В целях восстановления репродуктивного потенциала в 2023 году в рамках территориальных программ ОМС выполнено более 100 тыс. процедуры ЭКО (с приростом 6,6 тыс. процедур ЭКО к 2022 г.) на сумму 12 675,4 млн рублей, что на 19,8% или 1880,9 млн руб. больше, чем в 2022 г. В абсолютных показателях это эквивалентно успешной беременности женщин трехмиллионного города.

Мониторинг средней заработной платы работников. В 2023 г. целевые показатели, установленные Указом № 597, утвержденным приказом Федерального фонда в 2013 г. № 65, выполнены следующим образом:

— врачи — 114,34 тыс. руб., или 209,4% к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в целом по Российской Федерации, увеличение по сравнению с 2022 г. на 10,8%;

— средний медицинский персонал — 54,45 тыс. рублей (99,7%), увеличение на 10,0%;

— младший медицинский персонал — 46,74 тыс. рублей, увеличение на 9,1%.

Борьба с онкологическими заболеваниями. В рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуется Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Федеральным проектом предусмотрено дополнительное финансовое обеспечение онкологической медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями за счет средств федерального бюджета:

— в 2019 г.— 70 млрд руб.;

— в 2021 г.— 140 млрд руб.;

— в 2023 г.— 140 млрд руб.

Таким образом, общий объем финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «онкология» в 2023 г. составил 331,7 млрд руб. (на 3,9% больше, чем в 2022 г.). Впервые с 2019 г. тарифы на оплату химиотерапии формируются исходя из клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи с включением всех химиотерапевтических препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП.

Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В целях осуществления контроля качества и доступности медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, состоящим под диспансерным наблюдением с хроническими неинфекционными заболеваниями в рамках ОМС осуществляется контроль за исполнением достижения целевого показателя по проекту.

Доля лиц с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших медицинские услуги в рамках диспансерного наблюдения составила 71,8%, тогда как целевой показатель федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» составил 70%, что свидетельствует о его перевыполнении.

Взаимодействие с участниками системы ОМС. В 2023 г. деятельность в сфере ОМС осуществляли 24 страховых медицинских организаций в 85 субъектах Российской Федерации. Большинство лиц (132,7 млн человек, или

92,0%) застраховано в 9 страховых медицинских организациях и их филиалах (табл. 5.4), Численность застрахованных лиц в этих страховых медицинских организациях составляет от 7,9 млн до 43,9 млн человек.

Таблица 5.4

Численность застрахованных лиц в крупных страховых медицинских организациях

Наименование страховой медицинской организации	Численность застрахованных лиц, млн человек	Доля от общего числа застрахованных лиц, %
АО СОГАЗ-Мед	43,9	30,4
ООО «КАПИТАЛ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ»	22,3	15,5
АО «МАКС-М»	19,9	13,8
ООО «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС»	14,7	10,2
ООО «СМК РЕСО-МЕД»	13,1	9,1
ООО «СК «ИНГОССТРАХ-М»	7,9	5,5
СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО)	6,1	4,2
ООО «СК «АК БАРС-МЕД»	3,2	2,2

Большинство лиц (132,7 млн человек, или 92,0%) застраховано в 9 страховых медицинских организациях и их филиалах (см. табл. 5.4). Численность застрахованных в этих страховых медицинских организациях составляет от 7,9 млн до 43,9 млн человек.

Число медицинских организаций частной системы здравоохранения постоянно увеличивается: если в 2010 г. 618 негосударственных медицинских организаций (или 7,6% от общего числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС), то в 2023 г. медицинскую помощь по ОМС оказывают 3373 медицинских организаций частной системы здравоохранения, что составляет 37,8% медицинских организаций (8917 медицинских организации всего).

Всего в реализации программ ОМС принимают участие 8917 медицинских организаций, в том числе:

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (больницы, больницы скорой медицинской помощи, участковые больницы, специализированные больницы, госпитали), составили 37,1% общего количества;
- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (поликлиники и амбулатории) — 37,6%;
- центры (специализированные, медицинской реабилитации, диагностические и др.) — 13,1%;
- диспансеры (противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические и др.) — 3,0%;

- медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови — 1,8%;
- медицинские организации охраны материнства и детства (центры охраны материнства и детства и перинатальные центры, родильные дома и женские консультации) — 2,3%;
- санаторно-курортные организации — 1,4%.

Осуществлена разработка механизма автоматизированного мониторинга качества оказания медицинской помощи с применением в рамках апробации технологий искусственного интеллекта и выполнения работ по развитию прикладного программного обеспечения ГИС ОМС в части информационного обеспечения процесса контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам.

Заключение

В России продолжается процесс реорганизации здравоохранения, направленный на улучшение здоровья граждан и народосбережение, что соответствует демографическим потерям и необходимости восстановления не только численности, но и здоровья нации. В этих преобразованиях важное место занимает страховая медицина. Создан и успешно функционирует передовой рынок как ОМС, так и ДМС. Страховые медицинские продукты многообразны, стали включать мультистрахование и превентивные (профилактические) программы.

Система охраны общественного здоровья России надежно защищена адекватным финансированием через ОМС и ДМС. Государство гарантирует доступную, качественную и бесплатную медицинскую помощь гражданам и некоторым категориям иностранцев. Система здравоохранения РФ надежно защищает граждан и суверенитет страны.

С точки зрения охраны общественного здоровья важно понять, что включает в себя система государственных мер, основанная на медицинском законодательстве различных стран. Главное — являются ли социальные гарантии в других государствах реальными или носят декларативный характер.

Данное понятие только формируется, так как относительно недавно страны осознали опасность игнорирования тенденции резкого ухудшения общественного здоровья в мире и в отдельных странах, срочной необходимости координации всех экономических и политических секторов в данном направлении.

Ухудшение мирового общественного здоровья связано со многими причинами, главными из которых являются невозможность финансирования всех слоев из бюджетов государств, отсутствие дополнительных финансовых механизмов такого финансирования, которое связано с принципами социального страхования.

Общественное здоровье — важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни. От состояния общественного здоровья зависит благополучие, здоровье всего общества и каждого гражданина РФ. Однако, пока

система общественного здравоохранения формируется, так как она значительно шире, чем система здравоохранения, в которой главную функцию должен нести гражданин и его отношение к собственному здоровью на основе соблюдения ЗОЖ.

Человечество стоит на пороге пока не ясных механизмов реализации, но уже необходимы совместные усилия, кооперации в борьбе за здоровье человечества перед лицом угроз, связанных с новыми патологическими системами, о которых мы еще не знаем, но уже прогнозируем их появление с учетом неблагоприятной политической ситуации (биологическое оружие), и биологических систем, способных приспособиваться к борьбе с человеком за жизненное пространство, ухудшая жизнь и здоровье человеческой цивилизации.

В соответствии с Указом Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» утверждена Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 для РФ современными угрозами и вызовами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан¹ являются:

- высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний;
- отток высококвалифицированных медицинских работников из государственных медицинских организаций;
- высокий уровень распространенности наркомании и алкоголизма, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, туберкулеза, увеличение количества случаев травматизма и отравлений;
- распространение антимикробной резистентности;
- рост эпидемиологической значимости условно-патогенных микроорганизмов;
- риск осложнения эпидемиологической ситуации на фоне неблагоприятной ситуации в иностранных государствах по ряду новых и опасных инфекционных заболеваний;
- риск возникновения новых инфекций, вызываемых неизвестными патогенами, занос редких или ранее не встречавшихся на территории РФ инфекционных и паразитарных заболеваний, природно-очаговые инфекции, возврат исчезнувших инфекций, преодоление микроорганизмами межвидовых барьеров;
- риск противоправного использования биологических и иных смежных технологий, осуществления опасной техногенной деятельности (в том числе с использованием генно-инженерных технологий), а также биологического терроризма.

Наиболее значимыми вызовами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются:

- старение населения;
- неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи;

¹ Указ Президента РФ от 06.06.2019 N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254. <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326>.

— замещение бесплатных медицинских услуг медицинскими услугами, предоставляемыми на платной основе, что влечет за собой нарастание социальной напряженности в обществе;

— рост числа детей-инвалидов.

Вместе с тем динамика положительных проявлений в области отечественного здравоохранения очевидна и складывается впечатление, что выбранный вектор преобразований соответствует времени и духу нашего общества.

Список литературы

1. Акулин И.М., Нам И.Л., Пресняков Р.А., Чеснокова Е.А. Перспективы развития дополнительного медицинского страхования в рамках общей и цифровой системы здравоохранения Российской Федерации // *Медицина и право в XXI веке*: мат-лы XI ежегодной научно-практической конференции. СПб., 2019. С. 10–11.
2. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // *Хроника ВОЗ*. 1979. Т. 33, № 3. С. 123–156.
3. Гигодман А. Как идет диспансеризация // *Еженедельник Мосгорздрава*. 1926. № 5. С. 254–256.
4. Демченкова Г.З., Полонский М.Л. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения. М., 1987. 288 с.
5. Журнал ТКБ Инвестмент Партнерс рассказывает об истории развития страховых обществ в России <https://journal.tkbip.ru/2020/07/22/insurance/?ysclid=m4ffjofnmg227933675>.
6. Максимова Л.В., Омельяновский В.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // *Финансовый журнал*. 2014. № 3. С. 23–24.
7. Никитский С. К вопросу о последующем диспансерном наблюдении // *Еженедельник Мосгорздравоотдела*. 1925. № 2. С. 1109–1117.
8. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. (ред. от 28 декабря 2013 года). Доступ из системы КонсультантПлюс.
9. Обух В.К. К выполнению наказа // *Еженедельник Мосгорздравоотдела*. 1923. № 43. С. 1–8.
10. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2023 году. М.: Федеральный фонд ОМС, 2024. 144 с. <https://www.ffoms.gov.ru/upload/docs/2024/ОТЧЕТ%202023%20на%205.04.2024.pdf>
11. Петровский Б.В., Александров О.А., Алексеев В.А. и др. Здравоохранение // БМЭ. М., 1978. 3-е изд. Т. 28. С. 337–428.
12. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи 1895–1898 гг. / под ред. Л. Ф. Рагозина. Вып. I–III. СПб.: Изд-во. Мед. департамента. С. 28–39.
13. Симонова Н.Н. Основные принципы концепции первичной медико-санитарной помощи городскому населению // *Советское здравоохранение*. 1991. № 8. С. 8–12.
14. Щепельков В.Ф. Правовые проблемы профилактических медицинских осмотров // *Медицина и право в XXI веке*. Ежегодная международная научно-практическая конференция / под ред. И. М. Акулина. 2018. С. 128–140.