

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**А. Ю. Саломатин,
Н. В. Макеева,
В. А. Жубанов**

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Учебно-методическое пособие

ПЕНЗА 2022

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Пензенский государственный университет» (ПГУ)

А. Ю. Саломатин,
Н. В. Макеева,
В. А. Жубанов

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Учебно-методическое пособие

Пенза
Издательство ПГУ
2022

УДК 368
С16

Р е ц е н з е н т

кандидат юридических наук,
доцент кафедры «Теория и история государства и права»
Санкт-Петербургского государственного экономического университета
Е. А. Агеева

Саломатин, Алексей Юрьевич.

С16 Медицинское страхование: российский и зарубежный
опыт : учеб.-метод. пособие / А. Ю. Саломатин, Н. В. Макеева,
В. А. Жубанов. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2022. – 44 с.

Детально анализируются основные положения правовой доктрины и действующего законодательства Российской Федерации, регулирующего вопросы медицинского страхования, а также зарубежный опыт функционирования страховой медицины.

Издание подготовлено на кафедре «Теория государства и права и политология» ПГУ и предназначено для обучающихся по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология» и 33.05.01 «Фармация».

УДК 368

© Пензенский государственный
университет, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ И СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА	8
1. Страховая медицина: общие принципы организации	8
2. Западноевропейский опыт формирования и функционирования страховой медицины	12
3. Американская модель страховой медицины: тенденции развития	16
4. Особенности становления и развития российской модели медицинского страхования	19
ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ	28
ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ, ДОКЛАДОВ И СООБЩЕНИЙ	30
ФОНД ЗАДАНИЙ	31
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	33
ВМЕСТО ПОСЛЕСЛОВИЯ	38

ПРЕДИСЛОВИЕ

Система здравоохранения является одним из важнейших элементов государства, обеспечивая необходимый уровень медицинской помощи для граждан. От ее эффективности зависит не только качество жизни граждан, но и состояние экономики. Особенно значимым этот вопрос становится в кризисные для здравоохранения периоды, примером которого является охватившая весь мир пандемия, вызванная вирусом COVID-19.

Появление и развитие системы страховой медицины является закономерным результатом развития рыночной модели социально-экономических отношений. При этом именно страны коллективного Запада (как Западная Европа, так и Соединенные Штаты Америки) были первопроходцами и законодателями мод в данной области, ибо буржуазное развитие шло в них опережающими темпами. В результате страховая медицина стала компромиссным решением между интересами рабочего класса, боровшегося за свои права, и потребностями буржуазии в здоровой и эффективно работающей квалифицированной рабочей силе. Складывавшиеся в тот период организационные формы получали юридическое закрепление в национальном законодательстве буржуазных государств.

При этом сложилось многообразие моделей страховой медицины в странах Запада: от традиционного англо-американского предпочтения добровольного медицинского страхования, характерного для неограниченных рыночных отношений и слабого государственного регулирования, до европейско-континентального, связанного с активным вмешательством государства, устанавливающего нормы обязательного медицинского страхования.

Однако общими тенденциями последних лет, как в западноевропейской, так и в североамериканской системе, является усиление позиций обязательного медицинского страхования и бюджетной медицины. Это связано как с проблемами эндогенного, так и экзогенного характера. С одной стороны, возросший уровень потребностей населения и попытки смягчения классовой борьбы заставляют государство заботиться о своих гражданах, предоставляя им гарантированный доступ к медицинскому обслуживанию. С другой стороны, процессы глобализации порождают значительные миграционные потоки, а политическая нестабильность в период турбулентности многократно усиливает трудовую миграцию беженцами и просто откровенными иждивенцами, стремящи-

мися получить в новой стране пребывания бесплатный пакет социальных льгот.

Все это оказывает мощное дестабилизирующее воздействие на национальные системы здравоохранения, заставляя искать пути их дальнейшего совершенствования. Катализатором данного процесса выступила глобальная пандемия COVID-19, особенно контрастно высветившая недостатки страховой медицины и поставившая вопрос о соотношении страховых форм с прямым бюджетным финансированием.

Российская страховая медицина формировалась как на основе национальных традиций, имея богатый опыт патерналистских отношений государства, Церкви и населения, так и на основе западноевропейского опыта. В результате, к концу XIX – началу XX в. (что соответствует периоду бурного развития буржуазных отношений в нашей стране) в России сформировалась действующая и жизнеспособная модель страховой медицины. Советская власть оказалась в противоречивой ситуации. С одной стороны, страховая медицина являлась порождением буржуазных отношений и противоречила принципам всеобщего равенства, декларируемого большевиками, с другой стороны, она объективно улучшала условия жизни пролетариата – социальной опоры большевиков. Поэтому правовая политика в отношении страховой медицины в первые годы советской власти характеризуется определенной противоречивостью. Сохраненная первыми декретами советского правительства и даже усиленная за счет передачи медицинских учреждений, страховая медицина, тем не менее, была быстро свернута дальнейшими декретами, а потом вновь возрождена в годы НЭПа. Правда, на достаточно непродолжительный срок, ибо элементы буржуазной экономики уступили свое место централизованному плановому хозяйству. Этим же путем пошла и советская медицина, которая вплоть до 1990-х гг. носила строго бюджетный характер.

За время существования Советского Союза системой здравоохранения был накоплен значительный запас прочности, выразившийся как в кадровой, так и в материально-технической базе. Это позволило пережить период реформ конца 1900-х – начала 2000-х гг. Созданная в советскую эпоху система оказалась общедоступной и способной противостоять серьезным потрясениям, будь то война или эпидемия. Следует отметить, что к общедоступности медицинских услуг страны Запада пришли куда позже и с куда меньшим запасом прочности, как показала пандемия COVID-19.

Однако вместе с демонтажем советской системы и курсом на либерализацию экономики началась и реформа организации медицины, путем замены бюджетной медицины на медицину страховую. Судя по всему, образцом для реформирования была выбрана немецкая система. В силу этого между государственными фондами и медицинскими организациями появились посредники в виде страховых медицинских организаций (СМО). Однако, если в Германии подобные структуры сложились исторически, весьма разнообразны и сочетают как обязательное медицинское страхование (ОМС) так и добровольное медицинское страхование (ДМС), то российские СМО унаследовали от них лишь внешнюю форму, выродившись в посредника между фондами и медицинскими учреждениями. При этом, обладая по российскому законодательству достаточно широкими полномочиями, СМО не только поглощают как посредники часть средств фондов медицинского страхования, но и использует систему штрафов (зачастую, весьма произвольно и волюнтаристски), чем изымают деньги у медицинских учреждений, в конечном счете, снижая качество оказываемых ими медицинских услуг. Более того, возникла порочная практика, при которой именно СМО назначают медицинским учреждениям виды оказываемой помощи и ее объемы (т.е. фактически планируют заболеваемость).

Либеральные реформы 1990-х – начала 2000-х гг. значительно ослабили систему здравоохранения. Значительный, еще советский запас мощностей был растрочен в угоду оптимизации (т.е. приведения численности медицинских учреждений и специалистов к численности, необходимой для предоставления населению услуг в обычное время). Пандемия COVID-19 показала ошибочность данного подхода и потребовала расширения сети больниц. Сделать это за столь короткий срок оказалось возможным лишь с прямой помощью государства.

Таким образом, современная российская система здравоохранения может быть охарактеризована не как чисто страховая, а как смешанная, бюджетно-страховая. При этом влияние бюджетной составляющей продолжает расти, особенно в ситуации пандемии, что, безусловно, должно вызвать соответствующие реформы системы. На основе сказанного можно предположить принятие в ближайшее время новых изменений нормативно-правовой базы, и в первую очередь – федерального закона, регламентирующего ОМС. В рамках этого закона целесообразно пересмотреть роль и место СМО в системе медицинского страхования, вплоть до полного его исключения, с передачей соответствующих функций непосредственно территориальным фондам. Медицинские учрежде-

ния должны получить больше свободы в плане выбора объемов оказываемых медицинских услуг, а основными страховыми показателями должно стать не столько соответствие запланированным объемам предоставления медицинских услуг, сколько качество их оказания в каждом конкретном случае. Таким образом, реально, а не формально будут исполняться нормы ст. 41 Конституции Российской Федерации.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ И СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА

1. Страховая медицина: общие принципы организации

Согласно уставу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения». При этом понятие «здоровье» трактуется ВОЗ расширенно: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»¹.

В Законе РФ от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» медицинское страхование выступает в качестве одной из форм социальной защиты, целью которой является охрана здоровья населения². Медицинское страхование должно обеспечить гарантии получения медицинской помощи при возникновении соответствующей необходимости, а также осуществлять финансирование профилактических мероприятий. В условиях существования платной медицины этот источник призван покрыть расходы на медицинскую помощь, в условиях же бесплатной медицины – обеспечить дополнительное финансирование медицинских затрат.

Исходя из способа финансирования и организации платежей, выделяются три основных формы организации здравоохранения: государственная (бюджетная), система социального страхования и частная.

Наиболее простыми являются принципы организации частной медицины. В этом случае медицинская услуга, полученная пациентом, оплачивается им самим непосредственно лечебному учреждению. Следовательно, основой взаимоотношений здесь является сделка. Какие-либо третьи лица в оплате медицинской услуги участия не принимают. Однако, по целому ряду причин, частная медицина в чистом виде сейчас применяется мало. Во-первых, государственное регулирование вопросов оказания медицинских услуг неизбежно вторгается во взаимоотношения

¹ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Принят Международной конференцией здравоохранения. Нью-Йорк, 22 июля 1946 г. // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf?ua=1> (дата обращения: 15.02.2021).

² О медицинском страховании граждан в Российской Федерации : закон РФ № 1499-1 от 28.06.1991.

лечебное учреждение – пациент, регламентируя его различные аспекты (лицензирование, аккредитация и т.д.). Кроме государства влияние на свободный рынок медицинских услуг, несомненно, оказывают ассоциации врачей и т.д. Во-вторых, зачастую стоимость медицинских услуг достаточно велика, чтобы покрыть ее единовременно полностью за счет сбережений и доходов среднего гражданина. Отсюда возникает потребность в смягчении финансовой нагрузки на конкретного пациента. Это возможно либо путем распределения этой нагрузки среди широкой группы лиц – участников медицинского страхования, либо путем государственной поддержки (что, по сути, тоже является распределением расходов на лечение гражданина, но уже между всеми налогоплательщиками). В-третьих, сугубо рыночный, частный механизм оплаты и организации здравоохранения не позволяет создать резерв мощностей на случай каких-либо масштабных бедствий (войн, эпидемий, стихийных бедствий и т.д.), когда оказание медицинской помощи необходимо в массовом порядке.

Принцип организации бюджетной (государственной) медицины, предполагает, что государство, путем сбора скрытых налогов (чаще всего в виде удержаний из заработной платы в плановой экономике) финансирует центральный орган здравоохранения (министерство), которое в свою очередь направляет средства территориальным органам здравоохранения. Территориальные органы перераспределяют средства лечебным учреждениям, которые их тратят на лечение больных и профилактику заболеваемости, т.е. осуществляется прямая государственная закупка услуг здравоохранения с последующим их централизованным распределением на бесплатной основе. Государство действует на рынке медицинских услуг монопольно, а пациенты, как конечные получатели медицинских услуг, лишены возможности действенного контроля за работой системы.

Попыткой сгладить недостатки двух описанных выше систем является система страховой медицины, когда в основу финансирования необходимых населению медицинских услуг положены принципы страхования. В качестве страховщика могут выступать как сами пациенты (что делает систему похожую на систему частной медицины), так и государство (что приближает ее к медицине «бюджетной»).

Участие государства в процессе страхования населения позволяет обеспечить необходимый минимум медицинских услуг для всего населения страны, в то время как сочетание элементов обязательного и добровольного медицинского страхования позволяют обеспечить необходимую вариативность и дифференциацию медицинской помощи.

Использование страхования для финансирования сферы здравоохранения позволяет не только диверсифицировать социальные риски, но и обеспечить должный уровень медицинского обслуживания граждан. Кроме этого, страхование позволяет распределить ответственность за качество жизни и здоровья населения между государством и непосредственно самими потребителями медицинских услуг. Это в свою очередь создает стратегические стимулы развития для сферы здравоохранения, в которой наряду с лечебным сегментом значимое место занимает и профилактический сегмент³.

Можно выделить два основных вида медицинского страхования: ОМС и ДМС. Первый из перечисленных видов является составной частью государственного социального страхования, обеспечивая населению страны равный доступ к получению медицинской помощи, за счет средств ОМС. В свою очередь ДМС осуществляется на основе соответствующих государственных программ, предоставляя населению дополнительные медицинские и иные услуги, помимо тех, которые включены в программу ОМС. Добровольное медицинское страхование может быть как коллективным, так и индивидуальным⁴.

Так, в последние десятилетия практика приобретения коллективных полисов нанимателями, стремящимися предоставить дополнительные льготы своим работникам, отчетливо заметна в ряде стран Евросоюза. Со своей стороны и страховщики все более и более заинтересованы в коллективных формах страхования в связи с падением интереса к индивидуальным формам ДМС. Последнее, отчасти обуславливается распространением ОМС, а отчасти – общим падением уровня жизни в эпоху политической и экономической турбулентности, что заставляет экономить на услугах здравоохранения⁵.

Существует следующая принятая в Европе классификация видов добровольного медицинского страхования:

- замещающее страхование. Этот вид ДМС предполагает, что охваченное им население приобретает полисы ДМС вместо соответ-

³ Шпак И. А. Тенденции развития рынка страховой медицины США : дисс... к.э.н. М., 2019. С. 30.

⁴ Беккер П. Р. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России, проблемы и перспективы // Экономика и менеджмент: актуальные вопросы теории и практики : сб. ст. Всерос. науч.-практ. конф. преподавателей вузов, ученых и специалистов, посвящ. 20-летию экономического образования в ННГАСУ; Нижегород. гос. архитектур.-строит. ун-т. Н. Новгород : ННГАСУ, 2015. С. 28.

⁵ Моссиалос Э., Томпсон С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза / пер. с англ. М. : Весь Мир, 2006. С. 19.

ствующих полисов ОМС, предоставляемых в рамках программ государственного страхования;

- расширенное страхование. Этот вид ДМС предполагает включение в страховые полисы добровольного медицинского страхования тех видов медицинских услуг, которые не покрываются (или не в полной мере покрываются) государственным страхованием;

- параллельное страхование. Этот вид ДМС предполагает добавление к уже имеющимся по ОМС услугам, аналогичных, но оплачиваемых по ДМС. Последнее делается из соображений расширения выбора видов помощи, ускоренного или более качественного ее получения.

При этом следует отметить, что и страховая медицина не лишена существенных недостатков. Сама идея страховой медицины и ее практическая реализация зачастую воспринимается обществом далеко не в положительных тонах⁶. И это обусловлено целым рядом весомых причин. Во-первых, далеко не каждый человек (особенно в странах, где традиционно господствуют идеи государственного патернализма) будет в обычных условиях приобретать страховые медицинские полисы, страховых организаций, действующих на свободном рынке. И это будет происходить под действием как минимум трех факторов. Это, во-первых, фактор материальный. Во-вторых – особое, негативное отношение населения к самому процессу медицинского страхования. Это может быть обусловлено как идейными либо идеологическими установками, например, несогласием населения с демонтажем системы бесплатного бюджетного здравоохранения, как это происходило на территории большинства республик бывшего СССР, так и низкой страховой культурой населения. Последний вариант выделяет в своей кандидатской диссертации И. А. Шпак, указывая, что низкая страховая культура имеет место быть не только у страхователей (т.е. непосредственно у населения), но и у страховщиков, а также страховых посредников. Это обуславливает появление ряда взаимосвязанных причин, которые также негативно влияют на деятельность страховых медицинских организаций. Среди упомянутых причин выделяются:

- 1) низкий уровень добровольного спроса, что выражается в отсутствии потребностей в снижении личных социальных рисков за счет дополнительных страховых мер;

⁶ Митрофанов Р. А. Социальное и пенсионное страхование в России и за рубежом // Налоги и финансы. 2011. № 1. С. 29–40 ; Баматгириев О. А. Социальные противоречия при предоставлении медицинских услуг // Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса. 2011. № 3. С. 75–80.

2) случаи страхового мошенничества, обусловленные недостаточной страховой грамотностью и потребителей, и посредников страховых медицинских организаций;

3) случаи финансовой неустойчивости страховых медицинских организаций, что снижает уровень доверия к их деятельности и в целом негативно влияет на развитие рынка страховой медицины;

4) использование тарифного демпинга или тарифной дискриминации самими страховыми медицинскими организациями и их посредниками. Последний аспект (тарифообразование, тарифный демпинг и тарифная дискриминация) – это третий ключевой фактор, влияющий на деятельность страховых медицинских организаций⁷.

Таким образом, в современном мире существуют три основных системы организации финансирования здравоохранения: частная, бюджетная и смешанная. Каждая из них не лишена своих достоинств и недостатков, проявляющихся в тех или иных условиях социально-экономической и политико-правовой организации общества. Однако несовершенства упомянутых систем на практике заставляет их применять не в чистом виде, а путем комбинирования различных подходов, наиболее подходящих к условиям конкретной страны.

2. Западноевропейский опыт формирования и функционирования страховой медицины

Возникновение страховой медицины в странах Западной Европы было тесным образом связано с развитием капиталистических отношений. Так, в Германии обязательное страхование на случай болезни было введено еще в 1885 г., в собственно Австрии – в 1888 г., во входившей в состав Австро-Венгерской империи Венгрии – в Венгрии в 1891 г. В 1909 г. обязательное страхование было введено в Норвегии, в 1912 г. – в Румынии и России. Сравнительно поздно ввели обязательное страхование такие страны, как Болгария (в 1919 г.), Голландия (в 1929 г.), Греция (в 1932 г.). При этом типичной моделью обязательного страхования являлось автоматическое страхование вновь принятого на работу рабочего в страховой кассе, услугами которой пользовалось его предприятие.

Другая часть европейских государств не ввела у себя системы обязательного страхования на случай болезни. «Законодателем моды» здесь

⁷ Шпак И. А. Тенденции развития рынка страховой медицины США : дисс... к.э.н. М., 2019. С. 52–53.

выступала Англия. Она обладала разнообразной и весьма развитой системой добровольного страхования. Во Франции также господствовал принцип добровольности в страховании. Во многом страховые функции во Франции выполняли около 20 тыс. касс взаимопомощи. При этом и в Англии, и во Франции, несмотря на добровольность страхования, уровень охвата страхованием работников был крайне высок. Другие государства: Италия, Испания, Дания, Бельгия до Второй мировой войны также не имели обязательного страхования на случай болезни.

В последние годы в объединенной Европе наблюдалось активное развитие как государственных программ медицинского страхования (т.е. по сути, ОМС), так и добровольное медицинское страхование. В целом ряде стран ЕС эти системы работают вместе, взаимно дополняя друг друга. И, несмотря на то, что в современной Европе государственное страхование играет все более и более значимую роль, частное страхование (т.е. по сути – ДМС) продолжает развиваться, адаптируясь к новым условиям.

Во многих других странах Евросоюза большая часть населения охвачена системами здравоохранения на основе обязательного медицинского страхования, что предоставляет гражданам гарантированное медицинское обслуживание. В этих условиях популярность добровольного медицинского страхования ожидаемо низка.

К 1997 г. всеобщее право на медицинскую помощь распространялось на Финляндию, Швецию, Данию, Великобританию, Ирландию, Италию, Грецию, Люксембург и Португалию. К данному списку стран следует прибавить страны, где уровень охвата населения обязательным и государственным медицинским страхованием составлял не менее 99 %. В состав этих стран вошли: Германия, Австрия, Бельгия, Франция и Испания⁸.

Приведем в качестве примера французский опыт. Там в 1999 г. был принят закон о всеобщем медицинском страховании, чтобы те, кто лишен пособий и льгот по любым другим видам медицинского страхования (а таких на 31 декабря 2000 г. их насчитывалось 1,1 млн человек), были включены в систему базового обязательного медицинского страхования, предоставляющего гарантированное медицинское обслуживание. Новая версия этого закона с многочисленными поправками вступила в силу с 9 января 2021 г.

В большинстве стран – членов ЕС гражданам предоставляются всеобъемлющие пособия и льготы, тем самым необходимость ДМС ста-

⁸ Моссиалос Э., Томпсон С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза / пер. с англ. М. : Весь Мир, 2006. С. 51.

вится под сомнение. Однако, в связи с тем, что ряд видов медицинской помощи (например, стоматологические медицинские услуги, приобретение лекарств) не входят в состав ОМС, востребованность расширенного ДМС вполне очевидна. Получает распространение также и параллельное ДМС, увеличивающее возможности выбора и доступа к различным медицинским услугам.

Этот вид страхования особенно типичен для стран Евросоюза, в которых организована национальная служба здравоохранения. В силу этого данная система получила также название «двойного покрытия». Данный тип добровольного медицинского страхования как правило дает возможность более широкого выбора поставщика медицинских услуг, а также убыстряет доступ к лечению и дает более хорошие условия в случае пребывания на стационарном лечении.

В последние десятилетия отчетливо заметна в ряде стран Евросоюза практика приобретения коллективных полисов нанимателями, стремящимися предоставить дополнительные льготы своим работникам.

Так, в наши дни коллективное медицинское страхование преобладает в Португалии, Греции, Швеции, Ирландии и в вышедшей из ЕС Великобритании. Кроме того, в Нидерландах и Франции этот способ страхования охватывает около половины застрахованных.

В различных странах ЕС несколько отличаются правила и принципы на основе которых организованы национальные системы здравоохранения. Это в значительной степени предопределило преобладание того или иного вида добровольного медицинского страхования. Так, замещающее ДМС преобладает в Германии, Бельгии, Австрии, и Нидерландах. Расширенное ДМС преобладает во Франции, Швеции, Люксембурге и Дании, хотя велика его роль и в упомянутых выше Бельгии и Нидерландах.

При этом для практически всех национальных систем здравоохранения в странах ЕС свойственен высокий уровень государственных расходов на медицину. Исключение составляют лишь несколько стран, преимущественно второстепенных для ЕС (таких как Греция, Италия, Португалия и Австрия).

В странах ЕС на данный момент есть всеобщий охват услугами здравоохранения. Он является результатом либо бевериджских теорий всеобщего доступа к медицинской помощи, которые вдохновили создание системы здравоохранения после Второй мировой войны (как это наблюдается в таких странах, как Дания, Великобритания, Швеция), либо следствием расширения первоначальной схемы страхования, когда-то ограниченной лишь определенными категориями населения (Испания, Нидерланды и Швейцария).

В Нидерландах базовое медицинское страхование касается только особо тяжелых медицинских расходов (госпитализация на срок более одного года, психиатрическое лечение, уход на дому и т.д.), амбулаторное лечение, больничные расходы на краткосрочный период, расходы на лекарства и стоматологические услуги покрываются законом о больничных кассах. Однако это не означает, что все население пользуется обязательным медицинским страхованием.

В ходе евроинтеграции, на фоне создания единого безвизового пространства и свободного передвижения значительных масс рабочей силы, учащихся, туристов, несомненно, созрел вопрос о единой европейской системе медицинского страхования. Однако, обеспечить ее унификацию при различающихся подходах к проблеме в разных европейских странах оказалось не столь просто. Выход был найден в создании системы медицинского страхования для временного пребывания. Согласно данной схеме, любой гражданин одной из стран Евросоюза, находясь на территории другой страны ЕС имеет право на основе Европейской карты медицинского страхования (EHIC) получить тот же уровень медицинского обслуживания, что и остальные застрахованные, проживающие в стране пребывания мигранта. Медицинское обслуживание осуществляется на основе EHIC, выполняющей функции международного медицинского полиса.

На официальном сайте Европейской Комиссии (European Commission) дается следующая информация: «Бесплатная карта, которая дает вам доступ к необходимой с медицинской точки зрения государственной медицинской помощи во время временного пребывания в любой из 27 стран ЕС, Исландии, Лихтенштейне, Норвегии и Швейцарии на тех же условиях и по той же цене (в некоторых странах бесплатно), что и люди, застрахованные в этой стране. При этом указывается, что Европейская карта медицинского страхования:

- не является альтернативой страхованию путешествий. Она имеет строго медицинский характер, не покрывает никакое частное медицинское обслуживание или расходы, такие как обратный рейс в вашу страну или потерянное либо украденное имущество;

- не покрывает расходы, если само путешествие было организовано с целью получения медицинской помощи;

- не гарантирует бесплатность всего объема услуг. Поскольку система здравоохранения в каждой стране разная, услуги, которые ничего не стоят дома, могут не быть бесплатными в другой стране⁹.

⁹ European Health Insurance Card // Официальный сайт Европейской. URL: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=en> (дата обращения: 18.01.2021).

Таким образом, системы здравоохранения, обеспечивающие гарантированное медицинское обслуживание населения в Европейском союзе, большей частью характеризуются практически всеобщим охватом населения, обязательным участием населения, предоставлением всеобъемлющих льгот и пособий для потребителя и высоким уровнем государственных расходов.

3. Американская модель страховой медицины: тенденции развития

Модель медицинского страхования в США в значительной мере отличается от рассмотренных выше моделей европейских стран. В системе медицинского страхования Соединенных Штатов Америки господствует либерально-рыночный подход, который при распределении социальной ответственности между государством и гражданами, возлагает ее основную часть именно на граждан. До недавнего времени государство практически полностью дистанцировалось от непосредственного участия в процессах на рынке медицинского страхования. Лишь недавно наметилась тенденция усиления роли государства в страховой медицине США, в первую очередь, в вопросах контролирования финансовых потоков и обеспечения большей доступности медицинских услуг для населения.

Первоначально элементы медицинского страхования в США носили случайный и разрозненный характер. Ряд компаний, работающих в металлургии, горнохимической и лесобработывающей промышленности (где, вероятно, производственный травматизм и производственные заболевания были наиболее высоки), начали предлагать своим работникам застраховаться на случай болезни или несчастного случая.

Впервые идею обеспечить всеобщее медицинское страхование в Соединенных Штатах Америки озвучил президент Т. Рузвельт в 1912 г. Однако тогда это так и осталось лишь предвыборным лозунгом. Попыткой конкретизации данной идеи были действия администрации уже Ф. Д. Рузвельта, прорабатывавшей такую возможность в 1939 г. Однако это начинание было заблокировано Американской медицинской ассоциацией. В 1945 г. президент Г. Трумэн попытался провести через Конгресс законопроект об обязательном медицинском страховании, но благодаря той же Американской медицинской ассоциации законопроект был провален.

Лишь в 1954 г. был принят закон, согласно которому траты на медицинское обслуживание, представляемое работнику работодателем, пе-

рестали облагаться налогом, что несколько снизило их стоимость. Попытки Дж. Кеннеди в 1962 г. создать государственное здравоохранение тоже не увенчались успехом. Лишь в 1965 г. президенту Л. Джонсону удалось запустить две крупные программы – «Медикэр» и «Медикейд» в национальном масштабе. В наше время программа «Медикэр» охватывает около 40 млн американцев, чей возраст превышает 65 лет, а также некоторые категории инвалидов и лиц с некоторыми заболеваниями в последней стадии. Программой же «Медикейд» в современных США пользуется около 49 млн американских граждан, которых можно отнести по американским представлениям к бедным (их доход не превышает 10 тыс. долларов в год)¹⁰.

В 1986 г. американский Конгресс принял закон, обязавший все больницы предоставлять скорую медицинскую помощь, независимо от наличия у пациента страхового медицинского полиса. В 1997 г. при администрации У. Клинтона был принят закон о специальной программе медицинского обеспечения детей. В 2003 г. при Дж. Буше-младшем был принят закон о компенсации стоимости лекарств для пациентов программы «Мэдикэр».

Лишь 58 % американского населения имеют страховку, располагают предоставляемыми работодателями медицинскими страховками. Однако эти общие цифры дают крайне общее представление о реальном объеме медицинских услуг. Дело в том, что качество услуг, предоставляемых по данным страховкам, очень сильно различаются. Условия страхования часто зависят от отрасли, должности и целого ряда других факторов. Помимо этого, услуги офтальмологов и стоматологов, как правило, не входят в перечень медицинских услуг, на которые распространяется страховка.

При этом 46 млн жителей США вообще фактически не имеют доступа к здравоохранению. Причиной их столь бедственного положения является значительный зазор между стоимостью полиса добровольного медицинского страхования и максимальным уровнем дохода, для включения в социальную программу «Медикейд». Иными словами, они зарабатывают недостаточно много, чтобы приобрести полис добровольного медицинского страхования, но при этом размер их заработка все же выше, нежели чем у нищего населения, которое может рассчитывать на бесплатные медицинские услуги за счет государства.

Президенту Б. Обаме удалось в 2010 г. провести закон «О доступном медицинском обслуживании и защите пациентов» (АСА). Однако

¹⁰ Костяев С. С. Лоббизм и реформа здравоохранения в США после выборов // США и Канада: экономика, политика, культура. 2011. № 7 (499). С. 49–50.

это встретило жесткое противодействие со стороны страховых компаний, которые используя инструменты лоббизма и СМИ, смогли противопоставить этому закону значительную часть американского населения. Секрет заключался в том, что подобная реформа означала в определенной мере перераспределение медицинских услуг в пользу бедных слоев американского населения, среди которых немалый процент занимает «цветное» население Америки.

В результате принятия АСА сложилась система с двумя формами осуществления медицинского страхования: компенсационной и «управляемых услуг».

Наиболее распространенным является так называемое компенсационное страхование, или страхование «платы за услуги». При этой форме страхования работодатель выплачивает страховой компании страховую премию за каждого работника, обеспеченного соответствующим полисом. Затем страховая компания оплачивает чеки, представленные больницей или другим медицинским учреждением или врачом. Таким образом, оплачиваются услуги, входящие в страховой план. При этом страховая компания покрывает 80 % расходов на лечение. Оставшуюся часть оплачивает сам застрахованный.

Существует альтернатива – страхование так называемых «управляемых услуг». Число американцев, охваченных этим видом страхования, быстро увеличивается. В этом случае страховая компания заключает контракты с врачами, другими медицинскими работниками, а также с учреждениями, включая больницы, на оказание всех услуг, предусмотренных этим видом страхования. Конечно медицинские учреждения получают фиксированную сумму, выплачиваемую заранее за каждого застрахованного. В это время правительство США также оплачивает более 40 % расходов на здравоохранение в рамках основных программ – «Медикэйд» и «Медикер».

Д. Трамп взял курс на демонтаж реформ страховой медицины своего предшественника. Хотя его позиция породила споры даже внутри республиканского лагеря.

Основные идеи реформы медицинского страхования Трампа кардинально противоположны нововведениям Обамы. Трамп стремится к снижению стоимости медицинских страховок и лекарств, оплачиваемых по медицинским программам, а также предпринял попытку обеспечить прозрачность в образовании цен на медицинские услуги. Также особо выделены меры по защите пациентов с хроническими заболеваниями. Снижение стоимости медицинских препаратов во многом связывается администрацией Трампа со снятием ограничений на ввоз и использование дешевых лекарств из Канады. В первую очередь эти меры, по мне-

нию Трампа, помогут пожилым людям, сделав доступными ранее дорогие лекарства.

Президент Дональд Трамп подписал указ о начале реформы здравоохранения в соответствии с разработанной Белым домом концепцией «Америка прежде всего: план в сфере здравоохранения». Стремясь демонтировать созданную Обамой систему, администрация Трампа отменила штраф за отказ за покупку страховки и провозгласила курс на снижение цен до 60 % на страховые планы. Тем самым Трамп отменил прежний принцип, когда за страховку бедных платили их чуть более богатые сограждане. При этом он провозглашает необходимость перераспределения средств не в пользу бедных, а в пользу людей, страдающих хроническими заболеваниями. Также Трамп радикально выступает против попыток демократов предоставлять бесплатную государственную медицинскую помощь нелегальным иммигрантам, которые приезжают в США. Соответствующий план Дж. Байдена по мнению Трампа «обанкротит нашу систему здравоохранения, разрушит наши больницы и уничтожит «Медикер».

В свою очередь, избранный президент США Дж. Байден подверг жесткой критике Д. Трампа за крайне недостаточную, на его взгляд, борьбу с эпидемией коронавируса COVID-19 в США. Готовясь сменить Трампа в Белом доме, Байден провозглашает возврат к решениям времен администрации Б. Обамы. При этом позиции избранного президента США Дж. Байдена и его вице-президента К. Харриса несколько различаются. Харрис исходит из идеи всеобщего бесплатного медицинского обслуживания (чем напоминает, скорее, советский проект, поэтому ее обвинения Трампом в «социализме» здесь не случайны), а Байден продолжает линию администрации Обамы, предусматривая государственное страхование лишь как дополнение к существующему частному страхованию.

Как отразятся подобные преобразования на объеме и качестве общедоступных для американского населения медицинских услуг – пока можно лишь предполагать. В условиях разразившейся пандемии COVID-19 США, как и другие страны, вынуждены искать новые формы организации и финансирования системы здравоохранения.

4. Особенности становления и развития российской модели медицинского страхования

Генезис страховой медицины в России шел как закономерная часть развития системы здравоохранения, отвечая вызовам времени и соответ-

ствуя общемировым тенденциям. Уже в начале XX в. на территории России существовали различные виды и формы медицинской помощи, в том числе и страховая модель здравоохранения. При этом изменения структуры системы охраны здоровья были напрямую связаны с общественно-политическим строем государства на определенный момент времени. Начиная с 1920-х гг. страховая медицина в нашей стране сворачивается как не соответствующая политическому и экономическому строю и возрождается лишь в постсоветский период. Однако за время существования Советского Союза системой здравоохранения был накоплен значительный запас прочности, выразившийся как в кадровой, так и в материально-технической базе.

Распад Советского Союза и смена экономического строя дали стимул к изменению системы здравоохранения. Появление рыночных отношений вполне ожидаемо привело к переходу к страховой медицине, правда, с сохранением элементов предыдущей, бюджетной системы. Начало этому положил закон РФ «О медицинском страховании граждан», принятый в 1991 г. Данный закон вводил два вида страхования: ОМС и ДМС. Пойти по радикально рыночному, американскому пути построения страховой медицины было в тех условиях невозможно. С одной стороны, население страны, до этого жившее в патерналистском советском обществе с доступным и бесплатным медицинским обслуживанием не приняло бы полную коммерциализацию медицины и необходимость оплачивать любую медицинскую услугу. Это автоматически бы означало полную утрату легитимности политической власти. С другой стороны, экономические преобразования 1990-х гг. поставили значительную часть населения нашей страны на грань нищеты, что делало бы экономически нецелесообразным в нашей стране любую массовую модель медицины, лишенную государственной поддержки бюджетными средствами.

Поэтому реформы российского здравоохранения в начале 1990-х гг. носили половинчатый, противоречивый характер. За основу была взята европейская модель страхования, успешно реализуемая во Франции и Германии. Между тем мировой опыт показывает, что введение страхования при наличии серьезных экономических трудностей не решает проблемы расширения финансовой базы здравоохранения. В этой связи первоначально реформа системы здравоохранения не сопровождалась существенными организационными изменениями. Новый элемент системы здравоохранения – фонды ОМС – интегрировался в ранее существовавшую институциональную структуру, что служило основой противоречий (особенно между фондами ОМС и местными органами власти в области здравоохранения).

Согласно вышеупомянутому закону работодатель стал отчислять определенный процент от зарплаты сотрудников. Первоначально государство постаралось минимизировать свое участие в управлении страховой медициной. Переход на страховую медицину должен был обеспечить финансирование здравоохранения за счет застрахованных лиц. Из фонда отчислялись деньги, но со временем выяснилось, что установленные тарифы на врачебные услуги были низкими и не покрывали расходы, перед больницами и поликлиниками встала проблема нехватки финансирования¹¹.

Экономические реформы, проводимые в 1990-е гг. оказались для России катастрофическими. Общий экономический спад привел к ограничению источников и объемов финансирования здравоохранения. Одновременно наблюдался резкий рост цен на ресурсы, медикаменты и т.д. Естественным последствием этого стало резкое сокращение количества мест (так называемого «коечного фонда»). За последние три десятилетия в России уровень обеспеченность населения койками круглосуточных стационаров снизился с 122,4 в 1992 г. до 70,2 в 2019 г. на 10 000 населения.

В контексте разразившейся в 2020 г. эпидемии COVID-19 особое значение приобретают показатели снижения количества мест в инфекционных стационарах страны. Так, за период с 2007 по 2019 г. число коек для взрослых там сократилось с 40,7 тыс. в 2007 г. до 25,1 в 2019 г., а число коек для детей – с 36,1 тыс. до 26,8 тыс. соответственно¹².

Вполне очевидно, что указанные выше изменения были следствием не только общего спада экономики и депопуляции населения нашей страны, но и результатом перехода к рыночному принципу функционирования медицины. В ходе процесса оптимизации, затронувшего целый ряд бюджетных отраслей нашей страны, неуклонно сокращалась численность заведений и персонала, не востребованная при среднестатистических нагрузках на больничную сеть. Система здравоохранения освобождалась от «излишних» в обычных условиях мест в больничных стационарах, так как их финансирование не оправдывалось имеющимся количеством страховых случаев. Но тем самым подрывался тот мощный резерв, доставшийся российской медицине в наследство от советского

¹¹ Стародубцева К. А., Мерзлякова И. С. Правовые, экономические и социальные проблемы реформирования системы здравоохранения в РФ // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2015. № 9–1 (59). С. 165–169.

¹² Перхов В. И., Гриднев О. В. Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 2. С. 221.

периода. Впоследствии, в условиях начавшейся эпидемии в 2020 г., эти недостающие мощности потребуются возводить в авральном порядке.

Начавшиеся в эпоху изменения общественного строя реформы в системе здравоохранения во многом имеют вынужденный характер, адаптируя медицинские потребности страны к новым правовым и экономическим условиям. Это связано с неизбежной на тот момент акцентуацией на рыночные отношения.

Однако при этом даже в середине 2010 г. констатировалось, что система обязательного медицинского страхования «введена и функционирует на территории России фрагментарно». Параллельно ей стране в весьма значительных объемах сохраняется система бюджетного финансирования медицинских учреждений. Формы сочетания этих систем сложились ситуативно и характеризуются высокой территориальной дифференциацией.

При этом, вполне очевидно, что по мере дальнейшего развития рыночных механизмов в медицине удельный вес денежных средств государства, направляемых на финансирование здравоохранения будет продолжать сокращаться. Подобные тенденции, по оценкам некоторых специалистов, приведут к снижению общего уровня финансирования отрасли, при котором будет поставлено под сомнение не только ее финансирование, но и само ее существование. Следует также отметить, что программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, в состав которой и входит базовая программа обязательного медицинского страхования, является несбалансированной и не соответствует объему средств, которые государство выделяет на здравоохранение.

При этом добровольное медицинское страхование не в состоянии компенсировать недостаток средств, привлекаемых в медицину по линии ОМС. Фиксируемый статистикой рост объемов ДМС в денежном выражении осуществляется скорее за счет инфляции, а не за счет реального расширения данного сектора. Это вполне объяснимо, если учитывать весьма низкий уровень благосостояния российского населения. По мнению П. Р. Беккера, эта проблема могла бы быть решена путем субсидирования государством затрат малоимущих граждан при использовании ими программ добровольного медицинского страхования¹³.

¹³ Беккер П. Р. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России, проблемы и перспективы // Экономика и менеджмент: актуальные вопросы теории и практики : сб. ст. Всерос. науч.-практ. конф. преподавателей вузов, ученых и специалистов, посвящ. 20-летию экономического образования в ННГАСУ; Нижегород. гос. архитектур.-строит. ун-т. Н. Новгород : ННГАСУ, 2015. С. 28.

Однако, по сути, подобное мероприятие будет банальным перекладыванием государственных средств из одного кармана в другой, с дополнительным финансированием посреднических структур в виде страховых компаний. Традиционный подход к финансированию добровольного медицинского страхования за счет бизнеса и высокооплачиваемых категорий населения выглядит более реалистичным.

Согласно ст. 41 Конституции РФ, в ее системной связи со ст. 7, государство обязано оказать медицинскую помощь гражданину бесплатно и в полном объеме, т.е. до выздоровления. Основным нормативно-правовым актом, обеспечивающим реализацию данной нормы и регулирующим вопросы медицинского страхования в современной России является Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Данный закон распространяется практически на все категории лиц, находящиеся на территории нашей страны, включая их, тем самым, в сферу страховой медицины.

Статья 11 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», давая перечень страхователей, делит его фактически на две основных части: страхователями работающих выступают их наниматели или они сами, а страхователем неработающих выступают «органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации». При этом именно они и являются плательщиками страховых взносов за неработающих. Страховщиком при этом в рамках реализации базовой программы согласно ст. 12 является Федеральный фонд ОМС (ФФОМС). Территориальные же фонды (ТФОМС) «осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям». Посредником между ФОМС и страхователями, а также застрахованными выступают страховые медицинские организации (СМО), которые согласно ст. 14 лишь «осуществляет отдельные полномочия страховщика» в соответствии цитируемым ФЗ, а также договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Роль СМО в системе страхования вызывает многочисленные дискуссии. Ряд авторов расценивают данного посредника как лишний элемент в системе медицинского страхования, отвлекающий на себя часть средств, предназначенных для оказания медицинских услуг населению.

Чтобы понять место и роль СМО, следует обратить внимание на основные функции, которые согласно законодательству реализуют данные структуры. Нормативными документами, принятыми в развитии нового закона, установлены назначение, порядок формирования и использования резервов страховых медицинских организаций. Реформирование законодательства в отношении страховых медицинских организаций расширило функционал СМО в системе страховых и экономических отношений. Статус «участника» страхового процесса подтверждается рядом положений законодательства, в частности:

– ст. 938 ГК РФ: «В качестве страховщиков договоры страхования могут заключать юридические лица, имеющие разрешения (лицензии) на осуществление страхования соответствующего вида»;

– ч. 1 ст. 6 Закона РФ от 27.11.1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации»: «Страховщики-юридические лица, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, перестрахования, взаимного страхования и получившие лицензии в установленном настоящим законом порядке».

Одновременно, согласно п. 1 ст. 14 Федерального Закона, СМО осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между ТФОМС и СМО, чем закрепляется второстепенное положение страховых медицинских организаций в системе ОМС. Основными полномочиями и обязанностями страховых медицинских организаций, в соответствии с законодательством, являются:

1. Оформление, переоформление, выдача полисов ОМС застрахованным лицам.

2. Заключение договоров с медицинскими учреждениями на создание медицинской помощи застрахованным лицам.

3. Контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи.

4. Защита интересов застрахованных лиц.

Еще раз напомним, что СМО, в соответствии с нормативно-правовыми актами, регламентирующими деятельность участников в сфере ОМС, не является страховщиком, СМО – один из участников и лишь «осуществляет отдельные полномочия страховщика».

При этом одной из основных обязанностей СМО является именно страхование граждан, т.е. оформление и выдача полиса ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств, получая за это средства на ведение дела. В целях сохранения принципа

субсидирования страховых медицинских организаций в условиях недостаточности средств для оплаты предъявленных счетов медицинской организации СМО получили право обращения в ТФОМС с заявкой на получение недостающих средств. После проверки причин и подтверждения недостатка финансовых средств для оплаты счетов медицинской организации территориальные фонды обязательного медицинского страхования направляют в страховые компании дополнительные средства. Таким образом, СМО получили полную защиту от рисков по наступлению дефицита вследствие превышения расходов над полученными от ТФОМС средствами¹⁴.

При этом, в свою очередь, в случае нехватки в данной финансовой системе денежных средств для оплаты медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и иных установленных федеральными законами расходов Правительство РФ при разработке проекта федерального закона о федеральном бюджете на очередной финансовый год предусматривает дотации финансовой системе обязательного медицинского страхования в размерах, позволяющих обеспечить установленные федеральным законом выплаты. Таким образом, сохраняется уже упоминавшийся выше смешанный принцип финансирования страхования.

В то же время в описанном механизме просматриваются и определенные параллели с германским законодательством в области страховой медицины, с которого, вероятно, и были скопированы СМО.

Как уже было сказано выше, действующая в России в настоящее время система ОМС не является в чистом виде ни страховой, ни бюджетной, представляя собой синтез этих двух систем.

Элементами планово-бюджетной системы является установившаяся практика, когда количество больных и даже заболевания спускаются фондами в виде плана-задания, где указаны болезнь, порядок и способ и даже объем лечения больного с максимальной детализацией. Подобная конкретика не всегда соответствует реальной ситуации с пациентами. Предписывая медицинским учреждениям фактически план по количеству больных и их лечению, фонды подменяют собой административную вертикаль власти, свойственную для плановой системы. Однако, как видно из норм ФЗ-326, отсутствуют прямые указания, на то, что Территориальный фонд единолично уполномочен на установление МО объемов и профилей оказания медицинской помощи или их урезания.

¹⁴ Лазарева А. Н., Мельник И. А., Разумовская Е. А. Значимость страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования // Вестник Уральского финансово-юридического института. 2015. № 2. С. 77.

Утверждая Базовую программу ОМС, являющуюся составной частью Программы госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи, тем самым государство фактически передает право принимать решения о необходимом объеме медицинских услуг не врачам, а чиновникам. В результате отпущенные лимиты медицинской помощи в рамках предоставляемых по ОМС услуг могут не обеспечивать излечение больного, но гарантированно обеспечивают освоение бюджетных средств.

Страховые медицинские организации в этом случае действительно выполняют роль прокладки, аккумулирующей финансовые средства и могут быть без особого урона для процесса страхования удалены, передав выполнение своих функций непосредственно Территориальным фондам.

Изначально принятие «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предполагало перевод всего здравоохранения на одноканальное финансирование, т.е. финансирование только за счет страховых тарифов, без всякого участия бюджета. Пожалуй, такое решение было первой ошибкой при запуске реформирования.

Успешность страховой медицины может быть, во-первых, при адекватно посчитанных тарифах, а, во-вторых, при наличии сильного государства, обеспечивающего стабильный уровень инфляции, экономическое положение без кризисов, четкую правовую и законодательную базу. В силу отсутствия данных условий произошел разлом крупной отрасли, в итоге система разделилась на частную, муниципальную и государственную.

Следует признать, что сложившаяся система обязательного медицинского страхования не обеспечивает существенного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации не выполняют свои обязательства по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в полном объеме. Отсутствуют действенные рычаги привлечения средств граждан и организаций в систему ОМС. Существенно обострилась проблема неравенства регионов по уровню финансирования здравоохранения.

Роль бюджетного финансирования системы страхования в значительной мере возросла в условиях начавшейся пандемии COVID-19. Более того, можно утверждать, что она оказала особое влияние на развитие системы здравоохранения. В связи с пандемией в системе охраны здоровья граждан были реализованы крупные инвестиции, предприняты значительные усилия властей всех уровней, руководителей и представителей всех отраслей для повышения способности нашей страны

преодолевать чрезвычайные ситуации. Бюджетам субъектов Российской Федерации из резервного фонда Правительства Российской Федерации направлены крупные дотации на поддержку мер по организации оказания медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией. В регионах России дополнительно к имеющимся, за счет перепрофилирования федеральных, региональных и частных клиник, развернуто около 160 тыс. инфекционных коек. В результате мощности профильного коечного фонда в стране увеличены в три раза.

Таким образом, современная российская система здравоохранения может быть охарактеризована как смешанная, бюджетно-страховая. При этом влияние бюджетной составляющей продолжает расти, особенно в ситуации пандемии, что, безусловно, должно вызвать соответствующие реформы системы.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Дайте определение понятия «обязательное медицинское страхование».
2. Что такое страховой случай, страховой риск, страховое обеспечение?
3. Перечислите основные принципы развития ОМС.
4. Кто является субъектами и участниками ОМС?
5. Кто относится к застрахованным лицам в системе ОМС?
6. Перечислите права застрахованных лиц в системе ОМС.
7. Что такое базовая и территориальная программы ОМС? Какие виды медицинской помощи реализуются в их рамках?
8. Кто является страхователями для работающих и неработающих граждан в системе ОМС?
9. Перечислите основные источники формирования средств ОМС.
10. Каковы функции Федерального и территориальных фондов ОМС?
11. Кто является страховщиками в системе ОМС, каковы их задачи?
12. Какой документ удостоверяет права застрахованных лиц в системе ОМС?
13. Для каких целей реализуются региональные программы модернизации здравоохранения субъектов РФ?
14. Каковы особенности ДМС?
15. Каковы основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования?
16. Какие предпосылки обусловили необходимость введения обязательного медицинского страхования и проведения реформ в здравоохранении?
17. Что включает в себя Программа госгарантий по оказанию бесплатной медпомощи?
18. Какую медицинскую помощь население имеет право получить бесплатно в связи с принятием Программы государственных гарантий?
19. Какие виды медицинской помощи предоставляются в рамках Территориальной программы ОМС?
20. Какие договора заключаются между субъектами в системе ОМС?
21. Укажите стороны договора на предоставление медицинских услуг по ОМС.
22. Перечислите основные законные права гражданина в системе ОМС.

23. На кого законом возлагается обязанность по обеспечению и защите прав гражданина на доступную и качественную медицинскую помощь в системе ОМС?

24. Назовите наиболее информативные методы оценки качества и эффективности работы медицинской организации в условиях обязательного медицинского страхования.

25. Раскройте особенности западноевропейской и американской моделей медицинского страхования.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ, ДОКЛАДОВ И СООБЩЕНИЙ

1. Подходы к обеспечению населения услугами здравоохранения и их правовая оценка.
2. Типы систем здравоохранения и их сравнительная оценка.
3. Основные этапы истории медицинского страхования в мире.
4. Особенности систем ОМС в различных странах мира (Германия, Франция, США и др.).
5. Основные вехи истории отечественного медицинского страхования.
6. Предпосылками внедрения ОМС в России 1990-е гг.
7. Сущность и виды медицинского страхования.
8. Основные отличия ОМС и ДМС.
9. Основные нормативно-правовые акты РФ в сфере ОМС.
10. Субъекты системы ОМС.
11. Полномочия и ответственность застрахованных лиц в сфере ОМС.
12. Полномочия и ответственность страхователей в сфере ОМС.
13. Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС и их сравнительная оценка.
14. Особенности системы ДМС.
15. Преимущества и недостатки ДМС.

ФОНД ЗАДАНИЙ

Ситуационная задача 1

Страховая медицинская организация А заключила договор ОМС с организацией Б – работодателем застрахованных 1 января 2016 г. Договор содержит следующие условия: наименования сторон, срок действия, размер и порядок внесения страховых взносов, права и обязанности сторон. Первый взнос по договору был получен только 7 февраля 2016 г. Страховая медицинская организация А отказалась оплачивать медицинскую помощь, которую получали работники организации Б за период с 1 января по 6 февраля 2016 г.

Вопросы:

1. Правомерен ли отказ страховой медицинской организации А в оплате медицинской помощи?
2. С какого момента начинает действовать договор ОМС?
3. Все ли существенные условия содержит договор ОМС между страховой медицинской организацией А и организацией Б?
4. Являются ли стороной по договору застрахованные работники организации Б?

Ситуационная задача 2

Гражданка А. получила полис ОМС в г. Москве. Во время проживания у родственников в Московской области она заболела ОРЗ и решила обратиться к терапевту в местную поликлинику. В поликлинике терапевт отказал ей в приеме на том основании, что полис получен в г. Москве, а не в Московской области, и порекомендовал обратиться за медицинской помощью по месту постоянного жительства.

Вопросы:

1. Правомерны ли действия терапевта? Если нет, то какие положения законодательства РФ были нарушены?
2. К кому в поликлинике необходимо обратиться гражданке А. с жалобой на действия терапевта?
3. Кто должен представлять интересы гражданки А. в описанном случае?

Ситуационная задача 3

Больная Г., 41 год, состоящая на учете в центре занятости населения, в связи с гипертоническим кризом вызвала на дом участкового терапевта по месту жительства.

Вопросы:

1. Укажите источник финансирования медицинской помощи для данной пациентки?
2. Какие документы необходимо предоставить?

Ситуационная задача 4

Гражданин К., проживающий в Самарской области, приехав в г. Санкт-Петербург в командировку на несколько дней, при случайном падении получил серьезную травму. При обращении в ближайший травмпункт у пациента с собой не было страхового медицинского полиса и на этом основании врач-травматолог отказал ему в приеме. Через некоторое время состояние пациента ухудшилось. Он был доставлен в травматологический стационар, где ему была оказана необходимая медицинская помощь.

Вопросы:

1. Правомерны ли действия врача-травматолога?
2. Какой документ необходимо иметь при себе любому гражданину РФ при перемещении по территории РФ?
3. Кто оплатит предоставленные в стационаре гражданину К. медицинские услуги?

Ситуационная задача 5

В связи с наводнением начальник регионального управления Всероссийской службы медицины катастроф принял решение об изъятии со складов частной аптеки лекарств и перевязочных материалов для оказания помощи пострадавшим жителям. Кроме того, он потребовал от частной больницы приема всех пострадавших от наводнения и бесплатного оказания им экстренной медицинской помощи.

Вопросы:

1. Законны ли действия и требования начальника регионального управления Всероссийской службы медицины катастроф?
2. Проконсультируйте пострадавших от наводнения об их правовых возможностях при взаимодействии с системой здравоохранения в данной ситуации.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

А

Амбулаторная медицинская помощь предусматривает проведение медицинских мероприятий как по профилактике, так и по диагностике и лечению заболеваний в здравпунктах, медико-санитарных частях промышленных предприятий, городских поликлиниках, амбулаториях, диспансерах, женских консультациях, фельдшерско-акушерских пунктах, на дому, а также в дневных стационарах и стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений).

Б

Базовая программа ОМС – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права ЗЛ на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Беженец – это лицо, которое не является гражданином Российской Федерации и которое в силу вполне обоснованных опасений стало жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений.

В

Вид на жительство – документ, выданный иностранному гражданину или лицу без гражданства в подтверждение их права на постоянное проживание в Российской Федерации, а также их права на свободный выезд из Российской Федерации и въезд в Российскую Федерацию. Вид на жительство, выданный лицу без гражданства, является одновременно и документом, удостоверяющим его личность.

Временно находящиеся (временно пребывающие) в Российской Федерации иностранные граждане (и лица без гражданства) как неработающие (в том числе пенсионеры и дети), так и работающие, на территории Российской Федерации по трудовым и гражданско-правовым до-

говорам, в том числе по договорам авторского заказа, обязательному медицинскому страхованию не подлежат.

Временно пребывающий иностранный гражданин – лицо, прибывшее в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и получившее миграционную карту, но не имеющее вида на жительство или разрешения на временное проживание. Срок временного пребывания иностранного гражданина в Российской Федерации определяется сроком действия выданной ему визы.

Временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее разрешение на временное проживание.

Временное свидетельство – документ, подтверждающий оформление полиса и удостоверяющий право гражданина на бесплатное оказание ему медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более 30-ти рабочих дней с даты его выдачи.

З

Застрахованное лицо (ЗЛ) – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование.

Л

Лечащий врач – медицинский работник, персонально ответственный за оказание медицинской помощи пациенту в период его наблюдения и лечения.

Лицензия – это разрешение, выдаваемое уполномоченным органом, на осуществление конкретного вида деятельности или определенных операций.

Лицо без гражданства – физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и не имеющее доказательств наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

М

Медицинская помощь:

- комплекс мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья;
- любое медицинское вмешательство, оказываемое людям при заболеваниях и увечьях с целью диагностики, лечения или иной целью,

имеющей профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником;

– деятельность, направленная на оздоровление и лечение пациентов, осуществляемая профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством.

Медицинская помощь на дому оказывается больному на дому и организуется по участково-территориальному принципу.

Медицинская услуга – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, а также медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость и оказываемых работниками, имеющими высшее или среднее медицинское образование.

Медицинские организации (МО) оказывают медицинскую помощь и медицинские услуги застрахованным лицам. МО не вправе отказать ЗЛ в оказании медицинской помощи в объеме и на условиях базовой (на всей территории РФ) и территориальной (на территории проживания) программ ОМС.

Медицинский работник – лицо, работающее в медицинской организации, в функциональные обязанности которого входит оказание медицинской помощи пациенту.

Миграционная карта – документ, содержащий сведения о въезжающих или прибывших в Российскую Федерацию иностранных граждан или лицах без гражданства и о сроке их временного пребывания в Российской Федерации, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы на временное пребывание в Российской Федерации, а также служащий для контроля за временным пребыванием в Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства.

О

Объект ОМС – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Объем медицинской помощи – комплекс медицинских услуг, предоставленных пациенту при оказании медицинской помощи.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных

мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных 326-ФЗ случаях, в пределах базовой программы ОМС.

П

Полис ОМС является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

Постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее вид на жительство.

Р

Разрешение на временное проживание – подтверждение права иностранного гражданина или лица без гражданства временно проживать в Российской Федерации до получения вида на жительство, оформленное в виде отметки в документе, удостоверяющем личность иностранного гражданина или лица без гражданства, либо в виде документа установленной формы, выдаваемого в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность.

С

Скорая медицинская помощь предоставляется при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина, или окружающих его лиц всеми МО. Медработник, занимающийся практической лечебной деятельностью, обязан в случае необходимости оказать скорую медицинскую помощь.

Экстренная медицинская помощь, включая помощь женщине в родоразрешении, оказывается на всей территории РФ без предъявления документов, в том числе без полиса ОМС.

Стационарная медицинская помощь предоставляется при острых заболеваниях, обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах; патологии беременности, родах и абортах; плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях, а также в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания больничных учреждений: дневных ста-

ционарах и стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений).

Страхователи – плательщики страховых взносов на обязательное медицинское страхование населения.

Страховое обеспечение по ОМС – исполнение обязательств по предоставлению ЗЛ необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате МО.

Страховой риск – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой ЗЛ медицинской помощи.

Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья ЗЛ, профилактические мероприятия), при наступлении которого ЗЛ предоставляется страховое обеспечение по ОМС.

Страховые взносы на ОМС – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и их целевым назначением является обеспечение прав ЗЛ на получение страхового обеспечения.

Страховые медицинские организации (СМО) осуществляют свою деятельность в системе ОМС в субъектах РФ на основании лицензии, договора о финансовом обеспечении, заключенном с ТФОМС, и договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенных с МО, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС.

Т

Территориальная программа ОМС – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права ЗЛ на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ и соответствующая единым требованиям базовой программы ОМС.

Территориальный фонд ОМС (ТФОМС) реализует данную функцию на территориях субъектов РФ путем обеспечения защиты прав и законных интересов ЗЛ в сфере ОМС.

Ф

Федеральный фонд ОМС (ФФОМС), являясь страховщиком, осуществляет государственную политику в области ОМС граждан в рамках реализации базовой программы ОМС.

ВМЕСТО ПОСЛЕСЛОВИЯ

Среди вызовов, обрушившихся на здравоохранение, два выделяются своими масштабами и особой значимостью. Это резкий всплеск миграционных потоков, зафиксированный в первые десятилетия XXI в., и пандемия COVID-19, ставшая мощнейшим потрясением для экономики всего мира и повлекшая уже миллионы летальных случаев.

Оба этих процесса оказывают крайне тяжелое воздействие на систему страхового здравоохранения, поставив под сомнение ее прочность и эффективность. Спецификой как частной, так и страховой медицины являются их ориентированность на минимизацию издержек, что возможно при сокращении лечебных мощностей до средних показателей обычного времени. Соответственно, в период возникновения пандемий потребность в медицинских услугах резко возрастает, превышая сравнительно небольшие резервы мощности частной либо страховой медицины. Аналогичным образом оказывает влияние на систему здравоохранения и резкий приток мигрантов. Более того, эти два фактора могут сочетаться, оказывая кумулятивный эффект.

Как показывает практика, в значительном числе случаев мигранты являются неблагополучной с точки зрения здоровья категорией населения.

Уже сам по себе переезд в другую страну может влиять на здоровье мигранта, поскольку способствует созданию дополнительных рисков у мигрантов без легального статуса, беженцев и перемещенных лиц¹⁵. Важнейшими причинами миграции становятся бедность, военные конфликты, религиозные и политические гонения, т.е. в большинстве мигранты изначально уезжают из стран с более низким уровнем здравоохранения, привозя с собой многочисленные болезни, зачастую нетипичные для новой страны пребывания. При этом, хотя удельный вес данных заболеваний не столь велик, но, зачастую, они неспецифичны для новых стран пребывания мигрантов, а поэтому местная система здравоохранения не имеет достаточных мощностей для оказания необходимой медицинской помощи. Более того, надзор за такими нехарактерными для определенной области заболеваниями требует особой под-

¹⁵ Яковлева И. В. Новые направления политики государств-членов ЕС в отношении обеспечения доступа мигрантов к услугам здравоохранения // Государственное управление. Электронный вестник. Вып. № 26. Март, 2011. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-napravleniya-politiki-gosudarstv-chlenov-es-v-otnoshenii-obespecheniya-dostupa-migrantov-k-uslugam-zdravooohraneniya/viewer> (дата обращения: 22.01.2021).

готовки специалистов, а также более существенной финансовой поддержки, как самой системы здравоохранения, так и всего социального сектора.

Но и прибывая в новую страну большинство мигрантов чаще всего оказывается в социальных низах, в числе бедного и даже нищего населения. Их неблагополучное материальное положение, плохие условия жизни, тяжелый труд и недостаточное медицинское обслуживание создают дополнительные факторы заболеваемости. Тем самым создаются условия, благоприятные для повышенной заболеваемости в мигрантской среде. Это, в свою очередь, не может не оказать дальнейшего неблагоприятного влияния на местную систему здравоохранения и на ухудшение эпидемиологической ситуации в регионе.

Здоровью мигрантов была посвящена встреча Европейской социально-экономической комиссии в июле 2007 г., а также конференция, посвященная здоровью мигрантов в ЕС, которая прошла в Лиссабоне в сентябре 2007 г. во время президентства Португалии. Рекомендации, которые были выработаны в ходе работы этой конференции, подчеркнули необходимость создания последовательной иммиграционной политики, которая включила бы регулирование в отношении здоровья на уровне всего ЕС и каждой страны в частности. 29 мая 2017 г. 70-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрила Резолюцию «Содействие здоровью беженцев и мигрантов». Резолюция призывает государства-члены рассмотреть вопрос о продвижении системы приоритетов и руководящих принципов для улучшения здоровья беженцев и мигрантов, в том числе использовать ее для информационного обеспечения дискуссий между государствами-членами и партнерами, участвующими в разработке глобального договора о беженцах и глобального договора о безопасной, упорядоченной и регулярной миграции. Она также настоятельно призывает государства-члены выявлять и собирать основанную на фактах информацию, передовой опыт и извлеченные уроки по удовлетворению медицинских потребностей беженцев и мигрантов, чтобы внести свой вклад в разработку проекта глобального плана действий по укреплению здоровья беженцев и мигрантов.

Особенности миграционных потоков в развитые страны с высоким уровнем жизни традиционно связаны с рядом причин и особенностей, сложившихся на протяжении достаточно длительного времени. Наиболее привлекательной для мигрантов страной Евросоюза является Германия. Туда отправляется около трети из всех мигрантов, прибывающих в ЕС. Высокий уровень жизни и социальные гарантии делают эту страну

особенно привлекательной для мигрантов. За Германией по степени предпочтения следуют Швеция, Австрия, Италия и Франция¹⁶.

Однако, несмотря на различия миграционной политики стран Евросоюза, наблюдается ряд тенденций, типичных для Европейского Союза в целом. Многие характерные черты этой политики, нашли свое отражение в документе под названием «Европейский пакт об иммиграционной политике», принятом в 2008 г.

В Докладе Секретариата Всемирной Ассамблеи Здравоохранения ВОЗ (A61/12, 07.04.2008) определены базовые принципы регулирования миграционных процессов:

- избежать различий между мигрантами и коренным населением в состоянии здоровья и в доступе к медицинским службам;
- обеспечить права мигрантов на здоровье. Это означает ограничить дискриминацию или остракизм и устранить преграды для доступа мигрантов к профилактическим и лечебным мероприятиям, составляющим базовое право коренного населения в области здравоохранения;
- связать миграционные процессы, вызванные стихийными бедствиями и конфликтами с мероприятиями по спасению человеческих жизней с целью сократить чрезмерную смертность и заболеваемость;
- свести к минимуму отрицательных последствий процесса миграции для состояния здоровья мигрантов.

Таким образом, приведенные надгосударственные резолюции требуют присоединить прибывающих в массовом порядке в Европу мигрантов к системе бесплатного страхования. Но, как уже упоминалось выше, европейские системы страховой медицины, имеющие сравнительно ограниченные мощности и рассчитанные на имеющееся в стране население, в данных условиях перестают справляться с потоком пациентов, что нарушает базовые права человека не только для мигрантов, но и для коренных граждан стран, в которые осуществляется миграция.

Как следствие, Евросоюз пошел на пересмотр и доработку ряда положений, связанных с регламентацией правового статуса мигрантов. В 2013 г. был принят Регламент новый регламент, известный как Дублин III. Он предоставляет странам возможность, с одной стороны, объявить себя компетентной в рассмотрении ходатайства о международной защите заявителя, а с другой – наложить запрет на передвижение внутри ЕС ищущих защиты заявителей, предоставляя право выбора государствам, заинтересованным в притоке рабочей силы, а не человеку определять

¹⁶ Суворова В. А. Миграционный кризис в Европе: проблемы вынужденной миграции // Власть. 2018. № 1. С. 176–177.

место рассмотрения прошения. Помимо указанного акта органами власти Евросоюза был принят еще целый ряд директив, регламентирующих вопросы миграции. Однако, все эти акты, как правило, осуществляли юридическую регламентацию пребывания в Европе законных мигрантов.

Так, еще в апреле 2016 г. должностными лицами Европейской комиссии и руководителями стран – членов ЕС были сделаны официальные заявления о необходимости реформирования миграционного законодательства ЕС, поскольку охвативший Европу миграционный кризис не позволяет справиться с наплывом беженцев¹⁷. Наиболее показательно присоединение к этой позиции канцлера Германии А. Меркель, которая до этого на протяжении длительного времени противодействовала попыткам отдельных европейских государств защититься от потока мигрантов, закрыв свои границы.

Столь же жесткой является позиция президента США Д. Трампа по вопросам миграции на территорию США. Несмотря на предпринимаемые усилия установить контроль над мексиканской границей, США не удастся остановить нелегальную миграцию, столь масштабную, что 50 % прироста населения обеспечивается за счет мигрантов, а не за счет рождаемости¹⁸.

Однако для современной страховой медицины США проблема мигрантов является не столь острой, благодаря шагам президента Трампа по демонтажу ряда нововведений администрации Обамы, о которых говорилось выше. Однако избрание новым президентом США в 2020 г. Дж. Байдена, бывшего вице-президентом в команде Б. Обамы, может повлечь за собой обратное маятниковое движение.

Приостановить поток мигрантов, хотя бы частично закрыв границы, развитым странам удалось лишь благодаря пандемии COVID-19, накрывший весь мир в 2020 г. Однако этот новый вызов оказался критическим для систем здравоохранения стран Запада и поставил вопрос о пересмотре принципов ее организации.

Китай, первым столкнувшийся с новой коронавирусной инфекцией, смог справиться с эпидемией в кратчайшие сроки – за два месяца – и выйти на плато заболеваемости. При этом усилия по локализации ин-

¹⁷ Митяй Е. Д., Ястрембская С. В. Проблемы соблюдения прав граждан на фоне усиления миграции в странах ЕС // *Apriory. Сер. Гуманитарные науки*. 2016. № 6. С. 17.

¹⁸ Молчанова Е. А. Карта страхования мигрантов: необходимость и опыт зарубежных стран // *Актуальные проблемы экономики и управления*. 2015. № 1 (5). С. 126.

фекции обусловили низкий удельный вес заболевших по отношению к численности всего населения Китая – всего лишь 0,006 % и низкую летальность – 5,6 %. ¹⁹ Столь успешные результаты были достигнуты благодаря введению жестких карантинных мер, дисциплине и сознательности населения страны, а главное – оперативному вмешательству государства, перебросившему значительные силы и средства по борьбе с эпидемией. Можно утверждать, что именно государственные меры сыграли определяющую роль в скорости и эффективности противоэпидемиологических мероприятий. Значительную помощь в борьбе с эпидемией оказали и медики Народно-освободительной армии Китая.

24 марта 2020 г., всего через три месяца после начала эпидемии, властями Китая было снято большинство ранее введенных ограничений. Именно китайскую модель по борьбе с эпидемией COVID-19 ВОЗ рекомендовал использовать во всех странах мира.

Однако, возможности страховой медицины Евросоюза и США оказались далеко не столь широкими, что обусловило куда более тяжелое протекание пандемии в этих странах с большими жертвами и ущербом для экономики. Именно США и страны Евросоюза стали лидерами по смертности на душу населения²⁰. Катастрофически складывается положение в Италии.

Оптимизированная по затратам система здравоохранения не имела достаточных резервов на случай эпидемии. Как следствие произошло очень быстрое исчерпание как необходимых мест, так и оборудования. Дефицит аппаратов ИВЛ привел к тому, что с целью сохранения максимального количества лет жизни предпочтение отдавалось людям в возрасте 40–50 лет, снижая и без того невысокие шансы выжить у лиц старше 75 лет. Так как все ресурсы оказались брошенными на борьбу с эпидемией COVID-19, пациенты с другими диагнозами оказались без надлежащей медицинской помощи. Трагедия Италии продемонстрировала несостоятельность современной модели страховой медицины в борьбе с пандемиями такого уровня. Сходная ситуация наблюдалась в США и в ряде других стран²¹.

¹⁹ Третьяков А. П. О системе здравоохранения в условиях пандемии COVID-19 // Теория и практика мировой науки. 2020. № 4. С. 30.

²⁰ Улумбекова Г. Э., Гинойн А. Б., Петрачков И. В. Эпидемия COVID-19 и ответ здравоохранения в разных странах // Демографическое обозрение. 2020. Т. 7, № 2. С. 123.

²¹ Семенов А. В., Пшеничная Н. Ю. Уроки эпидемии COVID-19 в Италии // Инфекция и иммунитет. 2020. Т. 10, № 3. С. 413.

Учебное издание

**Саломатин Алексей Юрьевич,
Макеева Наталья Владимировна,
Жубанов Виктор Александрович**

**МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ:
РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ**

Редактор *Е. В. Шмелева*
Технический редактор *Ю. В. Анурова*
Компьютерная верстка *Ю. В. Ануровой*

Подписано в печать 11.03.2022.
Формат 60×84¹/₁₆. Усл. печ. л. 2,56.
Заказ № 148. Тираж 100.

Издательство ПГУ
440026, Пенза, Красная, 40
Тел.: (8412) 66-60-49, 66-67-77; e-mail: iic@pnzgu.ru

Вниманию авторов!

Издательство ПГУ выпускает учебную, научную и художественную литературу, презентационную и акцидентную продукцию, а также полноцветные юбилейные и мемориальные издания в соответствии с ГОСТ 7.60–2003.

Издательство ПГУ принимает к изданию рукописи, подготовленные с использованием текстового редактора Microsoft Word for Windows версий **2003 и выше**. Формат – А4, основной шрифт – Times New Roman, 14–16 pt через одинарный интервал (минимальный размер шрифта в таблицах и сносках – 12,5 pt). Тип файла в электронном виде – doc, docx.

Работа должна содержать индекс УДК, аннотацию.

Аннотация (ГОСТ 7.86–2003, ГОСТ 7.9–1995) включает характеристику основной темы, проблемы объекта, цели работы и ее результаты. В аннотации указывают, что нового несет в себе данный документ в сравнении с другими, родственными по тематике и целевому назначению. Аннотация может включать сведения о достоинствах произведения. Текст аннотации начинают фразой, в которой сформулирована главная тема документа. Заканчивается аннотация читательским адресом.

Рисунки и таблицы должны быть размещены в тексте после ссылки на них (растровые рисунки представляются в виде отдельных файлов в формате jpg, BMP с разрешением 300 dpi, векторные рисунки в формате Corel Draw с минимальной толщиной линии 0,75 pt. Рисунки должны быть доступны для правки!). Они должны сопровождаться подрисуночными подписями, на все рисунки и таблицы в тексте должны быть ссылки.

Формулы в тексте выполняются только в редакторе формул **MathType версий 5.0** и выше. Символы греческого и русского алфавита должны быть набраны прямо, нежирно; латинского – курсивом, нежирно; обозначения векторов и матриц – прямо, жирно; цифры – прямо, нежирно. Наименования химических элементов набираются прямо, нежирно. Эти же требования необходимо соблюдать и в рисунках.

В списке литературы **нумерация источников** должна соответствовать очередности ссылок на них в тексте ([1], [2], ...). Номер источника указывается в квадратных скобках. Требования к оформлению списка литературы, русских и иностранных источников (ГОСТ 7.0.5–2008): для книг – фамилия и инициалы автора, название, город, издательство, год издания, том, количество страниц; для журнальных статей, сборников трудов – фамилия и инициалы автора, название статьи, полное название журнала или сборника, серия, год, том, номер, страницы; для материалов конференций – фамилия и инициалы автора, название статьи, название конференции, город, издательство, год, страницы.

К материалам **должна** прилагаться следующая информация: фамилия, имя, отчество, контактные телефоны.

Контакты Издательства ПГУ: (8412) 66-60-49, 66-67-77. E-mail: iic@pnzgu.ru



