

УДК 614.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМ ОМС В РОССИИ И СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ В ЕВРОПЕ

ТОЛМАЧЕВ Д.А.

*заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, доктор
медицинских наук, профессор*

*Ижевский государственный медицинский университет,
Россия, Ижевск*

ЗАГУМЁННОВА С.А.

студент

*Ижевский государственный медицинский университет,
Россия, Ижевск*

ШИРОБОКОВА В.А.

студент

*Ижевский государственный медицинский университет,
Россия, Ижевск*

Аннотация. В рамках настоящей работы представлен сопоставительный анализ механизмов функционирования систем обязательного медицинского страхования, действующих на территории РФ, Германии и Франции. В ходе исследования выявлены характерные недостатки, присущие отечественной модели: дефицит финансовых ресурсов, ограниченный перечень гарантированной помощи, усложненная управленческая архитектура. На основе обобщения передовых зарубежных практик предложены потенциальные векторы оптимизации российской системы здравоохранения.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, финансирование здравоохранения, страховые модели, сравнительный анализ, реформирование.

***COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE CHI SYSTEMS IN RUSSIA
AND HEALTH INSURANCE IN EUROPE***

TOLMACHEV D.A.

Head of the Department of Public Health and Healthcare,

Doctor of Medical Sciences, Professor

Izhevsk State Medical University,

Russia, Izhevsk

ZAGUMENNOVA S.A.

Student

Izhevsk State Medical University,

Russia, Izhevsk

SHIROBOKOVA V.A.

Student

Izhevsk State Medical University,

Russia, Izhevsk

Abstract. This paper presents a comparative analysis of the operational mechanisms of compulsory health insurance systems in the Russian Federation, Germany, and France. The study identifies the inherent shortcomings of the Russian model, including financial resource constraints, a limited scope of guaranteed medical care, and an overly complex administrative framework. Drawing on advanced foreign practices, the authors propose potential avenues for optimizing the national healthcare system.

Keywords: compulsory health insurance, voluntary health insurance, healthcare financing, insurance models, comparative analysis, reforming.

Организация системы здравоохранения выступает фундаментальной составляющей социальной политики любого современного государства. В глобальной практике сформировались две доминирующие парадигмы аккумуляции средств на нужды медицины: бюджетно-дотационная и страховая. С 1991 года в Российской Федерации происходит становление института обязательного медицинского страхования (ОМС), представляющего собой симбиоз государственных дотаций и страховых механизмов [3]. В то же время европейские страны накопили многолетний опыт эксплуатации разнообразных страховых конструкций, изучение которого представляет несомненную ценность для модернизации отечественных подходов.

Целью данной статьи является сопоставительная оценка параметров функционирования систем ОМС в России и страховой медицины во Франции и Германии на основании изучения актуальных нормативно-правовых актов и научных публикаций.

Отправной точкой формирования современной системы ОМС в России послужило принятие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан» в июне 1991 года. Указанный акт предопределил создание двухуровневой инфраструктуры, включающей Федеральный и территориальные фонды (ФФОМС и ТФОМС) для консолидации финансовых потоков [6]. В настоящее время регуляторная база определяется Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 [8].

Согласно действующему законодательству, ОМС трактуется как совокупность государственных гарантий, направленных на материальное обеспечение граждан при наступлении заболеваний, инвалидности, а также в целях охраны репродуктивного здоровья [4]. Основу финансирования составляют страховые взносы работодателей (5,1% от ФОТ) и ассигнования из

бюджетов субъектов РФ на покрытие расходов по неработающему населению [2].

Ключевая особенность отечественной модели – наличие страховых медицинских организаций (СМО), выполняющих посреднические функции между ТФОМС и провайдерами медицинских услуг. СМО осуществляют выдачу полисов, заключают договоры и производят оплату оказанной помощи [1]. Как отмечается в экспертных оценках, подобная конструкция сопряжена с рядом недостатков: громоздкость взаиморасчетов, нередкое нецелевое расходование средств [3]. Дополнительными ограничениями выступают узкий спектр услуг, гарантируемых базовой программой ОМС, и низкий уровень государственного финансирования (около 3,5% от ВВП), что, по мнению аналитиков, не позволяет обеспечить населению помощь надлежащего качества [2].

Европейский сегмент страхового рынка демонстрирует более зрелые и диверсифицированные подходы.

Германия оперирует дуалистической системой (государственное и частное страхование). Около 90% резидентов страны задействованы в публично-правовой системе, функционирующей через больничные кассы (Krankenkasse). Базовым принципом является солидарность: размер взноса коррелирует с уровнем дохода застрахованного лица, а не с его возрастом или состоянием здоровья [5]. Страховой полис покрывает обширный перечень, включая амбулаторный прием, стационарную терапию, реабилитационные мероприятия и фармацевтические препараты. Лица с годовым доходом, превышающим 57,6 тыс. евро, имеют право выбора между публичной и частной страховкой [2].

Франция, чья система здравоохранения признана одной из эталонных, базируется на обязательном страховании с принципом возмещения (покрытие порядка 75% от стоимости услуг) [4]. Пациент предварительно оплачивает прием, после чего фонд в течение 5–7 дней возвращает средства на его счет. Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

Исключение составляют случаи тяжелых хирургических вмешательств, родов и производственных травм, где компенсация достигает 100% [2]. Отличительными чертами являются высокая автоматизация (пластиковые карты Carte Vitale) и гармоничное сочетание публичного и частного секторов, что минимизирует очереди и гарантирует надлежащее качество обслуживания [5].

При сравнительном анализе выявляются значимые расхождения по нескольким параметрам:

1. Финансовые потоки. В России доминирует единый социальный налог и бюджетные трансферты [2]. В европейских странах задействован паритетный принцип: взносы делятся между работником и нанимателем (во Франции нагрузка на работодателя выше) [3]. При этом германская система увязывает взнос с доходом, реализуя принцип социальной справедливости, тогда как в РФ установлен унифицированный тариф без учета рисков.

2. Объем страхового покрытия. Российская базовая программа ОМС жестко лимитирована (преимущественно первичная и скорая помощь). В Германии покрывается до 95% услуг, включая санаторно-курортное лечение и ЛФК по назначению врача [2]. Во Франции 75% стоимости амбулаторной помощи и 80% стационарной подлежат компенсации [4].

3. Управленческая архитектура. Россия демонстрирует двухуровневую структуру с госфондами и СМО [3]. Германия опирается на самоуправляемые кассы, совмещающие сбор и распределение средств [5]. Во Франции централизация осуществляется через Национальную кассу с филиалами при общем контроле государства [5].

4. Активность застрахованного лица. В России пациент занимает преимущественно пассивную позицию. В Германии и Франции гражданин обладает правом выбора страховщика, программы и врача. Французская модель предполагает авансирование платежа, повышая финансовую грамотность и ответственность пациента.

5. Финансовые мощности. При доле расходов на здравоохранение в РФ 3,5% ВВП, аналогичные показатели в Германии и Франции составляют 11,1% и 11,5% соответственно [2, 3]. Подобная диспропорция объективно сужает возможности российской системы.

Проведенное сопоставление свидетельствует о том, что отечественная модель ОМС, при всей ее социальной значимости, уступает европейским системам по параметрам финансирования, широты охвата услуг и степени вовлеченности населения. Сохраняющийся «бюджетный рудимент» снижает эффективность страховых механизмов [3, с. 125]. Опыт Германии и Франции показывает, что успешность страховой медицины определяется глубокой автоматизацией, интеграцией секторов и четкой регламентацией функций сторон, где застрахованное лицо выступает ключевым субъектом.

Адаптация данных принципов к российским реалиям представляет собой перспективное направление, способное повысить качество медицинского обслуживания и эффективность использования ресурсов отечественного здравоохранения.

Библиографический список

1. Абубакиров А. С., Зудин А. Б. Сравнительный анализ программ обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования в российской и международной практике // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 2. – С. 313–315. – DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-2-313-315.
2. Антонова А. Е. Особенности системы медицинского страхования в России и за рубежом // Территория науки. – 2018. – № 1. – С. 165–169.

3. Антропов В. В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика // Экономика. Налоги. Право. – 2019. – Т. 12, № 2. – С. 115–126. – DOI: 10.26794/1999-849X 2019-12-2-115-126.
4. Ахмедова М. Р. Система обязательного страхования в России: использование зарубежного опыта // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2021а. – № 9-1. – С. 19–22. – DOI: 10.24412/2411-0450-2021-9-1-19-22.
5. Ахмедова М. Р. Сравнительная характеристика систем обязательного и добровольного медицинского страхования // Индустриальная экономика. – 2021б. – Т. 1, № 4. – С. 17–21. – DOI: 10.47576/2712-7559_2021_4_1_17.
6. Макейчев Д. М. Формирование системы обязательного медицинского страхования населения России / Д. М. Макейчев // Российский государственный социальный университет – 6 с.
7. Пучкова В. В. Проблемы реформирования управления здравоохранением и развития системы ОМС // Проблемы права. – 2012. – № 3. – С. 146–150.
8. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» : от 29.11.2010 № 326-ФЗ : (последняя редакция). – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 27.07.2026). – Текст : электронный.