

9. *Обучение сотрудников.* В 2012–2014 гг. реализуется международная программа обучения для российских врачей. Повысили квалификацию за рубежом 12 российских специалистов, и 295 работников прошли подготовку по оказанию первой помощи.

10. *Взаимодействие с государственными органами надзора и контроля в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и благополучия человека.* В 2013 г. не было выявлено ни одного случая нарушения законодательства, лицензирования, разрешений или согласований. Компания не выплачивала никаких штрафов, имеющих отношение к здравоохранению, и никаких компенсаций, связанных с претензиями, касающимися здравоохранения [2].

Расходы на здравоохранение составляют ежегодно порядка 65 млн рублей, включая затраты по прямым контактам (60 млн рублей) в соответствии с планом.

Заключение

Организация медицинской помощи, интегрированная в службу охраны труда на производстве, является эффективной в условиях самофинансирования и внедрения высоких стандартов организации здравоохранения и гигиены труда. Использование методологии оценки рисков для здоровья, внедренных в соответствии с международными стандартами, позволяет снизить уровень производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Внедрение четырехуровневого принципа оказания неотложной помощи и скорейшей медицинской эвакуации обеспечивает возможность ранней диагностики и вмешательства, что в свою очередь снижает риск вторичных осложнений и ведет к эффективной реабилитации работников. Оценка кардиоваскулярного риска позволяет выявить категории лиц, нуждающихся в дообследовании, лечении, а также в изменении образа жизни. В целом, система

управления охраной здоровья и гигиеной труда компании «Сахалин Энерджи Инвестмент Компани Лтд» признана эффективной и может служить платформой для внедрения ее на других предприятиях нефтегазового комплекса и отраслей народного хозяйства.

Литература

1. Бутова В.Г., Ковальский В.Л. Монашеров Т.О. Предпринимательская деятельность медицинских организаций. М.: СТБООК, 2006. 233 с.
2. Карпенко В.В. Организация медицинской помощи работникам нефтегазовой компании: методические рекомендации. Южно-Сахалинск. 2014. 17 с.
3. СП № 4156–86 «Санитарные правила для нефтяной промышленности».
4. Транковская Л.В., Анищенко Е.Б., Дыняк Г.С. Состояние здоровья работников ведомственной охраны железнодорожного транспорта // Тихоокеанский медицинский журнал. 2013. № 3. С. 83–85.

Поступила в редакцию 27.01.2015.

Организация медицинской помощи работникам нефтегазовой компании как модель новой формы организации медицинской помощи населению

А.В. Калинин¹, В.В. Карпенко², Е.В. Карашук¹

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2), ² Сахалин Энерджи Инвестмент Компани Лтд (693000, г. Южно-Сахалинск, ул. Чехова, 78)

Резюме. Предлагается модель эффективной организации деятельности медицинских учреждений, сохранения и укрепления здоровья работников нефтегазовой компании, осуществляющей разработку нефтегазовых месторождений на континентальном шельфе Российской Федерации, а также транспортировку и экспорт углеводородного сырья. Организация работ проводится на основании краткосрочного (ежегодного) и долгосрочного (5-летнего) планирования в условиях самофинансирования, государственного регулирования деятельности лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности в совокупности с использованием программ добровольного медицинского страхования.

Ключевые слова: здоровье работающих, система управления, охрана труда, социальная деятельность.

УДК 61:368 (092)

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

Т.М. Качаева, А.А. Дей

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: охрана здоровья, медицинское страхование, Россия.

HISTORICAL ASPECTS OF THE FORMATION OF HEALTH INSURANCE

T.M. Kachaeva, A.A. Day

Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Summary. Article provides information on laws and legal acts regulated the provision of medical care starting from ancient civilizations. The object of the analysis become modern systems of social and health insurance from different countries. Reveals the main elements of socio-economic background of origin of health insurance. Distinguished stages of evolution, trends in the transforma-

tion of systems of compulsory health insurance from its creation to the present level of development. Studied legislative and regulatory documents, identified the development priorities of health insurance, and directions for its improvement. In XXI century medical insurance has another organizational and legal framework, is developing in a different relationship with the state and on the basis of new technologies.

Keywords: health care, health insurance, Russia.

Pacific Medical Journal, 2015, No. 1, p. 96–100.

Медицинское страхование сегодня – одно из основных направлений системы охраны здоровья населения Российской Федерации и служит юридическим гарантом

Качаева Татьяна Митрофановна – ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ТГМУ; тел.: +7 (423) 245-34-31.

реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Чтобы понять своеобразие и особенности, представить целостную картину формирования медицинского страхования от истоков до конца XX века, необходимо изучить исторические особенности, определить этапы, проанализировать роль государственной политики в сфере организации и развития отечественной страховой медицины, оценить наличие соответствующей нормативно-правовой базы на разных этапах становления государства. Анализ и обобщение отечественного и мирового опыта улучшения страховой медицины позволит разработать более совершенную систему охраны здоровья населения, учесть перспективы ее развития. Принятый 29 ноября 2010 г. Федеральный Закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» существенно изменил систему здравоохранения в стране. Преобразования в этой сфере следует рассматривать как мощнейший фактор, способствующий сохранению и укреплению здоровья нации.

Изучая материалы древнейших цивилизаций (Египта, Месопотамии, Вавилона, Индии, Китая), мы находим в них сведения, регулирующие деятельность по оказанию медицинской помощи. Самым древним памятником и обширным законодательным актом прошлого остаются законы Хаммурапи – шестого царя Вавилонской династии, правившего в 1792–1750 гг. до н.э. Текст законов высечен на базальтовом столбе высотой 2,25 метра, и некоторые параграфы связаны с правовыми основами деятельности врачей [13].

Определенные правила, координирующие деятельность по оказанию медицинской помощи, встречаются и в Древней Индии (Свод законов Ману). Согласно этому своду законов в случае успешного лечения врачеватель получал вознаграждение, а в случае неудачного – подвергался штрафу. Следует отметить, что при оценке медицинской помощи учитывалось материальное положение пациентов: за одну и ту же медицинскую услугу богатый платил в несколько раз больше, чем бедный [7].

В древнегреческих городах-государствах деятельность врачей также регламентировалась. В Спарте действовал закон Ликурга, в Древней Греции и Римской империи существовали организации взаимопомощи в рамках профессиональных коллегий, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, травмы, утраты трудоспособности, длительного заболевания или увечья. Города должны были нанимать и содержать так называемых «народных врачей», в обязанность которых входила охрана здоровья населения. Четко организованная медицинская служба была и в римской армии, причем врачи когорт, легионов, военных госпиталей не только занимались лечением раненых и больных, но и выполняли обязанности по охране здоровья воинов. Положение врача в Древнем мире было почетно. «Стоит многих воителей смелых один врачеватель искусный», – писал великий

Гомер в «Илиаде». Юлий Цезарь предоставлял римское гражданство всем, кто изучал медицину. В Древнем Риме так же как и в Греции авторитет врача был очень высок, но наряду с привилегиями римское право ввело регламентацию обязанностей и установило ответственность за профессиональные правонарушения. Впервые к врачебной деятельности было применено понятие «ошибка» (закон Аквилы) [10].

В городах Византии также нанимали и содержали «народных врачей» до VIII–IX веков, а затем там стали открывать больницы для бедных. Развитие производства в Средневековой Европе и рост стоимости медицинских услуг послужили предпосылкой для создания общих касс, куда люди вносили небольшие платежи, предназначенные, в случае необходимости, на оплату медицинской помощи. Защитой населения при болезни или наступлении инвалидности занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церкви. В первом случае помощь оказывалась за счет средств цеховых касс, созданных из членских взносов. Во втором – материальная и лечебная помощь предоставлялась нуждающимся безвозмездно за счет пожертвований. Таким образом, появилась первая модель, которую сейчас называют страховой медициной. Постепенно система развивалась, и некоторые кассы стали не просто оплачивать услуги любых врачей, но и заключать договоры с определенными врачами на оказание помощи членам касс на регулярной основе, создавать собственную службу медицинской помощи в виде больниц и нанимаемых на работу врачей. Управление кассами осуществлялось на общественной основе собраниями членов больничных касс и правлениями. Модель страхования, возникшая на основе общественного движения, была использована в Германии при создании системы государственного социального страхования. Именно в этой стране наиболее показательна история медицинского страхования, где на его основе сформировалась «страховая медицина», особая система организации здравоохранения. Финансирование предусматривалось из трех источников: прибыль предприятий, государственный бюджет, обязательные взносы работников. В законодательном порядке впервые обязательное медицинское страхование было введено в Пруссии в 1845 г., еще до возникновения Германии, как единого государства. Закон обязывал работников определенных (но не всех) профессий и специальностей быть застрахованными на случай болезни. В 1883 г. принят закон о медицинском страховании на территории всей Германии. По инициативе правительства рейхсканцлера Отто фон Бисмарка, были приняты три закона о социальном страховании: 15 июня 1883 г. – «Закон о страховании рабочих по случаю болезни», 6 июля 1884 г. – «Закон о страховании от несчастных случаев», 22 июня 1889 г. – «Закон о страховании по инвалидности и старости». Бисмарк считал, что основными факторами риска для рабочих являются болезни, несчастные случаи, инвалидность. Законы, принятые при правительстве Бисмарка, создали систему страхования, учитывающую все эти случаи.

В систему социального страхования, как его важнейшая часть, вошло обязательное медицинское страхование, а система здравоохранения, возникшая на его основе, получила в истории название «система здравоохранения Бисмарка» или медицинское страхование. В 1911 г. в Германии с введением правил государственного страхования в сфере медицинского страхования произошли существенные изменения: было отменено общинное страхование и ограничено минимальное число членов в одной больничной кассе, расширились контингенты лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию. В их число были включены работники бытового обслуживания, сельского хозяйства, а также люди, выполнявшие работы на дому. Подобные страховые законы были приняты в 1883–1912 гг. в большинстве стран Европы. Социальная защита населения в современной Германии представляет собой одну из наиболее эффективных государственных социальных систем во всем мире. Более 90 % граждан страны участвуют в системе социального страхования и являются застрахованными. Такие высокие результаты обеспечиваются, прежде всего, за счет последовательного развития системы государственного медицинского страхования.

В настоящее время в Европе исторически сложились две базовые модели предоставления медицинских услуг: государственное всеобщее медицинское обслуживание (модель Бевериджа) и страховая медицина в рамках социального страхования (модель Бисмарка). Единую государственную систему здравоохранения в Европе имеют Дания, Испания, Финляндия, Великобритания, Греция, Италия, Ирландия, Португалия и Швеция. При этом в четырех странах – Испании, Великобритании, Греции и Италии – для финансирования здравоохранения используются часть взносов, поступающих на медицинское страхование. Модель Бисмарка сохраняется сегодня в таких странах как Германия, Австрия, Франция, Бельгия, Люксембург и Нидерланды [14].

Первые данные о постоянном государственном финансировании медицинского обслуживания населения в Российском государстве отмечены в конце XVII века. С 1701 г. Монастырский приказ стабильно выделял средства на богадельни и больницы, содержание врачей, находившихся на государственной службе, помощь нищим и выплату «вспомоществования женам, вдовам и детям служилых людей» [4].

Система здравоохранения в России развивалась, увеличивалось количество воспитательных и смиренных домов, лечебных заведений, богаделен, но в целом изменения были несущественными. Кардинальные преобразования произошли в годы правления Екатерины II. В 1775 г. был издан всесословный «Приказ общественного призрения для дел призрения и народного образования», который регулировал социальную защиту населения. Он представлял собой административную канцелярию, которой управлял губернатор, и подчинявшийся непосредственно Правительствующему сенату и Министерству внутренних

дел. Высшая администрация регламентировала определение работников на должности (от повивальных бабок до врачей), заведование хозяйством в больницах, поставку медикаментов [5]. Приказы общественного призрения имели два рода учреждений:

- 1) для призрения: воспитательные дома (для призрения незаконнорожденных детей), сиротские дома (для сирот 7–12 лет), богадельни (для увечных и престарелых лиц, а также для пропитания неимущих), работные дома (для предоставления неимущим способа прокормиться собственным трудом);
- 2) для лечения: больницы и дома для умалишенных, которые впоследствии были переданы земству.

В первую очередь лечебницы, созданные по данному приказу, предназначались для неимущих – «казенного звания люди»: отставные солдаты и чиновники, низшие чины военных и гражданских ведомств, арестанты, бурлаки, отпущенные на волю крестьяне. Бесплатная медицинская помощь также оказывалась лицам, которые не имели значительных доходов. Оплата лечения служащих проводилась из средств соответствующих ведомств, а неимущих – за счет приказа. Также предоставлялась возможность лечения за «умеренную плату»: средства вносили либо сами больные, либо сословные общества, к которому они принадлежали [11].

Зарождение элементов страховой медицины и социального страхования в России началось в XVIII веке. На первых капиталистических предприятиях рабочие без участия работодателей создавали общества взаимопомощи. Формирование бюджета происходило из регулярных взносов участников обществ взаимопомощи. При утрате трудоспособности рабочий получал денежную компенсацию, в случае гибели выплаты получала семья участника общества. Этот принцип лег в основу первых больничных касс, которые появились лишь во второй половине XIX века. В 1827 г. в Санкт-Петербурге было организовано первое товарищество, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни. В 1842 г. в крупных периодических изданиях Санкт-Петербурга было опубликовано объявление, согласно которому лицам 4-го и 5-го разрядов (лакеи, дворники, землекопы, печники и т.д.) рекомендовалось уплатить по 60 копеек серебром (примерная сумма, равная заработку за полтора дня). Взамен им предоставлялось право на бесплатное лечение в городских больницах в течение одного года, а при нехватке мест – в гражданских и сухопутных госпиталях. Инициатором данного действия было Министерство внутренних дел, которое в те времена занималось вопросами здравоохранения. Причиной послужила нехватка финансирования больниц для бедных, но благодаря этой задумке даже самые малоимущие смогли получать медицинскую помощь. Позже стало ясно, что собираемые средства по факту покрывали лишь 1/16 долю всех расходов на лечение, вследствие чего Александром II были утверждены рекомендации межведомственной комиссии об увеличении

страхового сбора до 1 рубля, а также о взимании 1 рубля за каждого рабочего с нанимателей. С сего момента платить были обязаны все категории граждан, а также приезжие купцы и дворяне. Переломным моментом в практике медицинского страхования принято считать 1861 г., когда был принят закон «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах», вводящий элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим документом при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при них – вспомогательные кассы, в задачи которых входили выдача пособий по временной нетрудоспособности, пенсий инвалидам, вдовам и сиротам, прием вкладов и выдача ссуд. При этом бюджет фонда формировался за счет вычетов из заработной платы работников в размере 2–3 %.

Наряду с городской и земской медициной в России уже во второй половине XIX века сформировалась система фабрично-заводской медицины. В 1866 г. был принят закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц для рабочих из расчета: одна койка на 100 работающих. Этот принцип лег в основу первых больничных касс, которые появились лишь во второй половине XIX века. Первая больничная касса на территории России была организована в Риге в 1859 г. при фабрике «П.Х. Розенкранц и Ко». В целом фабрично-заводскую помощь рабочим можно признать крайне неудовлетворительной, так как открывшиеся больницы были малочисленны и не удовлетворяли потребности в медицинской помощи.

Трансформация источников финансирования и организационной структуры Приказов общественного призрения в конце XIX века привела к серьезным изменениям. С 1869 г. началось введение постоянных государственных субсидий. Важным этапом в становлении медицинского страхования стало принятие закона «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности» в 1903 г. С этого момента на работодателя и казну налагалось обязательство выплат вознаграждений потерпевшим или членам их семей в виде пособий или пенсий при несчастных случаях на производстве.

Датой рождения страховой медицины в нашей стране является 23 июня 1912 г., когда III Государственная Дума приняла пакет законов, который завершил формирование системы страхования рабочих. В соответствии с направлением, заданным П.А. Столыпиным, начала действовать широкомасштабная социальная реформа [9]. Анализ показывает, что закон 1912 г. – сложный, многоуровневый нормативный акт. В его структуре насчитывалось 286 статей (для сравнения: положение 1903 г. содержало всего 53 статьи), которые формировали два блока: первый – содержательный, регламентировал социальное обеспечение рабочих в связи с несчастными случаями и по болезни, второй – институциональный, представлял организационную

сторону будущего страхования [3]. Произошло закрепление сложившейся практики страхования и появление таких новых элементов, как обязательность и государственный контроль. Однако, принятая в 1912 г. система страхования рабочих оказалась весьма несовершенной и вызвала обоснованную критику даже на заседаниях Государственной Думы. Указанная система действовала только для рабочих, занятых на сравнительно крупных предприятиях, которых в то время в России было немного. Кроме того, закон не распространялся на Сибирь, Дальний Восток и Среднюю Азию. Из общего числа в 13 млн человек, страхованию от несчастных случаев и по болезни подлежали только 2 млн трудящихся (15 %).

Вокруг страховых законов 1912 г. развернулась экономическая и политическая борьба. Важнейшие требования рабочих в области социального страхования и охраны здоровья были сформулированы в докладе Н.А. Семашко на Пражской конференции РСДРП. После прихода к власти, Временное правительство в 1917 г. разработало «Положение об изменении правил об обеспечении рабочих на случай болезни», а также был принят новый закон, регламентирующий медицинское страхование. Реформирование системы социального страхования и медицинского страхования, как его части, было прогрессивным, но осталось нереализованным.

С приходом советской власти Народный комиссариат труда объявил о программе с полным социальным страхованием на началах массовой централизации. Был принят ряд декретов, которые положили начало рабочей страховой медицине: «О передаче больничным кассам лечебных учреждений» (14 ноября 1917 г.), «О страховых присутствиях и страховом совете» (29 ноября 1917 г.), «О страховании на случай безработицы» (11 декабря 1917 г.), «О страховании на случай болезни» (22 декабря 1917 г.). 18 февраля 1919 г. согласно постановлению Народного комиссариата вся лечебная часть бывших больничных касс перешла в ведомство Народного комиссариата здравоохранения. На месте «рабочей страховой медицины» создана единая общегосударственная «советская медицина». Одновременно с этим вся система социального страхования заменена государственной системой социального обеспечения.

С момента провозглашения новой экономической политики (НЭП) правительство возвратилось к элементам страховой медицины, о чем свидетельствуют постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦИК за 1921–1929 гг. Обязательное социальное страхование стало реальным дополнительным источником финансирования здравоохранения при сохранении государственного финансирования (как основного), и использовании иных форм оплаты медицинских услуг. После ликвидации НЭПа медицинское страхование было упразднено, хотя существовало только в форме санаторно-курортного лечения и отдельных видов профилактической и оздоровительной работы на промышленных предприятиях.

В советское время надобности в медицинском страховании не было, так как существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание. Здравоохранение полностью содержалось за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств, министерств и социальных фондов самих предприятий [6]. Спустя почти 60 лет изменения в экономической и политической сферах привели к неспособности обеспечить медицинскую помощь населению за счет государства. Вновь возникла потребность в реформировании системы социального страхования и возрождении института медицинского страхования. Регламентация новой модели была осуществлена в 1991 г. законом РФ «О медицинском страховании граждан». С этого момента в России введено обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование. Базовый принцип – обеспечение граждан равными правами при получении медицинских услуг в соответствии с программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи начал действовать с 1993 г. [8].

В 1993 г. начался новый этап реформы отрасли. В дополнение к бюджетной системе здравоохранения была создана система медицинского страхования. Современная система медицинского страхования имеет двойственную природу: с одной стороны, ее истоки находятся в дореволюционной России, с другой стороны, за ее основу взята современная голландская модель [2, 12].

За 20-летний период в системе медицинского страхования накопилось немало проблем и противоречий, которые требуют специального изучения и решения. Население в полной мере не удовлетворено качеством и доступностью медицинской помощи. Добровольное медицинское страхование в России развития не получило по причине несовершенства нормативно-правового обеспечения [1]. Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», вступивший в силу с 1 января 2011 г., не меняет основных характеристик и положений и не решает накопившихся проблем [15].

Таким образом, современная концепция обязательного медицинского страхования в России учитывает положительный опыт и наработки, существующие в западных моделях обязательного медицинского страхования, которые представляют несомненный интерес в рамках совершенствования отечественного медицинского страхования. Комплексная реализация обязательного и добровольного медицинского страхования способна качественно повысить уровень медицинских услуг в Российской Федерации. Проводимые в этой области исследования способствуют расширению теоретической базы медицинского страхования. Всесторонний анализ многочисленных публикаций по реформированию российского здравоохранения в различные исторические периоды позволяет определить дальнейшие цели реформы страховой медицины в конкретном политическом контексте.

Литература

1. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Проблемы реорганизации здравоохранения в России // Мир. 2011. № 2. С. 66–72.
2. Антонова Н.Л. Становление практики обязательного медицинского страхования в России: проблемы и противоречия // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2011. Вып. 2. С. 230–235.
3. Ашмарина С.В. Завершающий этап становления системы страхования в дореволюционной России. Закон 23 июня 1912 г. // Проблемы гармонизации мира отношений. Челябинск, 2002.
4. Дрошнев В.В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страховое дело. 2004. № 2. С. 64.
5. Егорышева И.В., Шерстнева Е.В., Блохина Н.Н. Приказная медицина – важный этап в истории отечественного здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 5. С. 53–55.
6. Каминский Ю.В. О совершенствовании медицинского обеспечения населения Приморского края // Тихоокеанский мед. журнал. 2004. № 2. С. 6–8.
7. Кенгель-Брант Э. Древний Вавилон / пер. с нем. Б.М. Святского. Смоленск: Русич, 2001. 362 с.
8. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.
9. Номоконова З.П. Развитие медицинского страхования в истории Российского государства // Государственная власть и местное самоуправление. 2011. № 7. С. 12.
10. Нуралиева З.А. История развития отношений, регулирующих ответственность за оказание помощи больному // Молодой ученый. 2013. № 5. С. 542–544.
11. Смирнова Е.М. Приказы общественного призрения и здравоохранения России (конец XVIII – середина XIX вв.) // Новый исторический вестник. 2011. С. 9–10.
12. Таранов А.М. Основные результаты деятельности системы ОМС за 10 лет и неотложные задачи ее совершенствования // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. 2003. № 4. С. 4–10.
13. Хрестоматия по истории Древнего Востока [в 2 ч.] / под ред. М.А. Коростовцева. М.: Высшая школа. 1980.
14. Цыганова О.А., Ившин И.П. Медицинское страхование: учебное пособие. Архангельск: Изд-во Северного государственного университета, 2010. 257 с.
15. Экономические методы управления в здравоохранении / Уйба В.В., Чернышев В.М., Пушкарев О.В. Новосибирск: Альфа-ресурс, 2012. 312 с.

Поступила в редакцию 27.01.2015.

Исторические аспекты становления страховой медицины

Т.М. Качаева, А.А. Дей

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Резюме. В статье приводятся сведения о законах и правовых актах, регулировавших деятельность по оказанию медицинской помощи, начиная с древних цивилизаций. Объектом анализа стали и современные системы социального и медицинского страхования разных стран. Раскрываются основные элементы, социально-экономические предпосылки зарождения страховой медицины. Выделяются этапы эволюции, тенденции трансформации систем обязательного медицинского страхования от их создания до современного уровня развития. Изучены законодательные и нормативные документы, определены приоритеты развития страховой медицины и направления ее совершенствования. В XXI веке медицинское страхование имеет иную организационно-правовую базу, развивается в условиях иных взаимоотношений с государством и на основе новых технологий.

Ключевые слова: охрана здоровья, медицинское страхование, Россия.