

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-1004-1024

ФОРМЫ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ПРИНЦИПЫ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ И СОСЕДНИХ СТРАНАХ

В.Ю. Салманова

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, г. Баку

Введение. Самой важной областью социального страхования с хронологической и логической точек зрения является страхование здравоохранения. Медицинская помощь, оказываемая гражданам в классическом медицинском страховании, претворяется в жизнь в государственных больницах посредством врачей на основании договоров, заключенных между застрахованными и лицами, подлежащих их содержанию. Медицинское страхование гарантирует оказание определенного объема бесплатных медицинских услуг гражданину при наступлении страхового случая (нарушения состояния здоровья). Всесторонний охват населения медицинской помощью гарантируется обязательным медицинским страхованием, формируемым за счет средств государственного бюджета, финансируемого работодателями и работниками. С увеличением значимости здравоохранения в мировой политике и экономике, актуальность эффективных моделей медицинского страхования неуклонно растет. Таким образом, **актуальность** данного исследования вытекает из его вклада в повышение эффективности моделей медицинского страхования, что в конечном итоге способствует улучшению качества медицинской помощи и обеспечению всеобщего доступа к ней в государственных больницах.

Основной **целью** статьи является анализ существующих форм медицинского страхования в Азербайджане и прилегающих территориях, выявление принципов, на которых они основаны, и оценка эффективности их применения для обеспечения населения доступным и качественным медицинским обслуживанием.

Методы и материалы. В ходе исследования в качестве материалов использовались данные о текущих моделях медицинского страхования в Азербайджане и аналогичных странах. Был проведен анализ статистических данных, отчетов страховых компаний и оценка медицинских услуг, предоставленных в рамках различных форм страхования.

Результаты и обсуждения. Статья представляет обширный обзор существующих форм медицинского страхования в регионе, выделяет их преимущества и недостатки. Исследование также анализирует влияние различных страховых моделей на доступность и качество медицинских услуг для населения. Обсуждаются факторы, влияющие на успешное внедрение и функционирование систем медицинского страхования в контексте региона.

Заключение. На основе проведенного анализа делается вывод о необходимости постоянного совершенствования систем медицинского страхования в регионе. Рекомендации для улучшения существующих моделей и разработки новых могут служить основой для дальнейших исследований и реформ в области здравоохранения. Данное исследование представляет важный вклад в понимание современных тенденций медицинского страхования в регионе, а также выявляет перспективы для улучшения системы обеспечения здоровья населения.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, медицинская помощь, бюджет, медицинское обслуживание, здравоохранение, пенсионный фонд, финансирование

FORMS OF MODERN HEALTH INSURANCE, PRINCIPLES OF THEIR APPLICATION IN AZERBAIJAN AND NEIGHBORING COUNTRIES

Salmanova V.Y.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, Baku.

The most important area of social insurance, both chronologically and logically, is health insurance. Medical care for citizens under traditional health insurance is provided by doctors in public hospitals on the basis of contracts concluded between the insured and the bodies responsible for their maintenance. Health insurance guarantees the provision of a certain range of free medical services to citizens in the event of an insured event (violation of health conditions). Comprehensive coverage of the population with medical care is ensured by compulsory health insurance, which is financed from the state budget and paid for by employers and employees. This article examines modern forms of health insurance and their application in the region, including Azerbaijan and neighbouring countries. With the growing importance of health care in global politics and economics, the relevance of effective health insurance models is steadily increasing. The main objective of the article is to analyse existing forms of health insurance in Azerbaijan and neighbouring territories, identify the principles on which they are based, and assess their effectiveness in providing the population with accessible and quality medical services. The study used data on current health insurance models in Azerbaijan and similar countries. Statistical data analysis, insurance company reports and an evaluation of medical services provided under different forms of insurance were carried out. The article provides a comprehensive overview of existing forms of health insurance in the region, highlighting their advantages and disadvantages. It also analyses the impact of different insurance schemes on the accessibility and quality of medical services for the population. Factors influencing the successful implementation and functioning of health insurance systems in the regional context are discussed. Based on the analysis, the conclusion emphasises the need for continuous improvement of health insurance systems in the region. Recommendations for improving existing models and developing new ones can serve as a basis for further research and reform in the health sector. This study makes a significant contribution to understanding modern trends in health insurance in the region and identifies prospects for improving the health care system for the population.

Keywords: mandatory health insurance, medical care, budget, healthcare services, health insurance, pension fund, financing

Введение. В современном мире забота о здоровье становится всё более важной, и медицинское страхование становится ключевым элементом обеспечения доступа к качественной медицинской помощи. Различные страны внедряют разнообразные формы медицинского страхования в зависимости от экономических, социальных и культурных

особенностей. В этой статье мы рассмотрим формы медицинского страхования, принципы их применения в Азербайджане и некоторых соседних странах.

Согласно законам о медицинском страховании, первой и самой важной областью социального страхования как с точки зрения хронологической, так и в логическом отношении является страхование здравоохранения. Как известно, меры, принимаемые в направлении охраны здоровья, отсрочивают болезни, старость и смерть. С другой стороны, больной человек, в случае если он не может работать в период болезни, может потерять доход или работу. Медицинская помощь, оказываемая гражданам в классическом медицинском страховании, осуществляется в государственных больницах посредством врачей на основании договоров, заключенных ввиду болезни между застрахованными и лицами, подлежащих их содержанию. Эти льготы включают предоставление денежных пособий в периоды нетрудоспособности и отпуска по беременности и родам в связи с болезнью застрахованной, а также предоставление определенной денежной суммы в виде помощи на расходы по погребению в случае смерти застрахованной [1, с. 79].

Н.М.Медведева и Е.К.Гуйдя в своем совместном исследовании, обсуждают аспекты медицинского страхования в России [2]. Данный источник предоставляет обзор системы здравоохранения и страхования, а также акцентирует внимание на изменениях и трендах в этой области. А.Авшар в своем исследовании, посвященной моделированию опционов в системе медицинского страхования в Турции предлагает ценный взгляд на теоретические и практические аспекты развития страхования в здравоохранении [3]. Статья турецкого исследователя З.Бесинер, опубликованная в журнале "Sigorta Dünyası" (Мир страхования), содержит обзор и анализ пути развития частных страховых программ в области здравоохранения в Турции [4].

Работы таких авторов, как Л.К.Улыбина, О.А.Окорокова и др. обеспечили глубокий анализ систем бюджетирования и финансирования в здравоохранении, выявив ключевые проблемы и эффективные стратегии использования бюджетных средств для обеспечения устойчивости медицинских страховых систем. [5, 6, 7].

В своих научных статьях З.Д.Ниезов и Н.Г.Халилов предоставили ценные научные обзоры, выделяя актуальные тенденции и инновации в медицинском страховании, включая использование технологий, изменения в структуре страховых программ и адаптацию к демографическим изменениям [8, 9].

Труды исследователей, таких как Й.Несрин, Б.Тайлан и др. подняли важные вопросы, связанные с вызовами и возможностями в сфере здравоохранения Азербайджана, предоставив ценные инсайты для понимания особенностей региональной системы медицинского страхования [10, 11].

Таким образом, основываясь на представленных литературных данных, исследование по данной теме обретает актуальность как для понимания мировых тенденций, так и для разработки адаптированных стратегий в контексте здравоохранения в Азербайджане и соседних странах.

В условиях постоянных изменений в области здравоохранения и социального обеспечения, актуальность исследования форм медицинского страхования в регионе, включая Азербайджан и соседние страны, становится более насущной. Здравоохранение превращается в приоритетное направление для многих стран, и эффективные модели медицинского страхования играют ключевую роль в обеспечении доступа к качественным медицинским услугам для населения.

Цель данной статьи заключается в систематическом и всестороннем анализе современных форм медицинского страхования в Азербайджане и прилегающих территориях. Исследование нацелено на выявление основных принципов, на которых базируются эти формы страхования, и на оценку их эффективности в обеспечении доступности и качества медицинского обслуживания. В данном контексте рассматриваются финансовые, организационные и социальные аспекты функционирования систем медицинского страхования в указанном регионе.

Цель исследования включает в себя также выработку рекомендаций по улучшению существующих моделей медицинского страхования и разработке новых стратегий в области здравоохранения. Результаты данного исследования могут служить основой для принятия решений на уровне государственной политики и способствовать формированию более эффективных и устойчивых систем медицинского обеспечения для населения в регионе.

Таким образом, статья стремится к глубокому пониманию динамики и характера медицинского страхования в современном контексте, а также предоставлению практических рекомендаций для улучшения существующих систем и разработки новых подходов к обеспечению здоровья населения.

Методы и Материалы. Исследование проведено на основе комплексного анализа данных, собранных из различных источников, включая статистические отчеты, литературные публикации, отчеты страховых компаний и оценки медицинских услуг. База данных охватывает информацию о динамике расходов на здравоохранение, уровне страхования, здоровье населения, а также основные параметры страховых программ и структуру выплат.

Материалом исследования являются статистические данные, научно-исследовательские работы в данном направлении, отчеты страховых компаний и результаты оценки медицинских услуг в Азербайджане и соседних странах.

Для достижения поставленных целей проведено комплексное исследование, основанное на сборе и анализе разнообразных источников данных. Основными методами исследования стали анализ статистических данных, обзор литературных источников, исследование отчетов страховых компаний, а также проведение оценки медицинских услуг, предоставленных в рамках различных форм медицинского страхования.

Проведен анализ статистических данных, включающий информацию о динамике расходов на здравоохранение, уровне страхования, и показателях здоровья населения. Этот метод позволил выявить тенденции и изменения в области здравоохранения в регионе за определенный период.

В ходе исследования осуществлена оценка предоставляемых медицинских услуг в рамках различных форм страхования, а также проведен сравнительный анализ результатов и разработаны выводы, которые представлены в следующих разделах статьи. Этот методологический подход позволил провести всестороннее исследование современных форм медицинского страхования в регионе, а также выделить перспективы для их улучшения.

Результаты и обсуждения. Объект медицинского страхования составляют расходы, связанные с оказанием медицинской помощи и восстановлением здоровья граждан. Сегодня почти все полисы медицинского страхования, за некоторыми исключениями, требуют, чтобы заявитель оплачивал медицинское обслуживание в течение года или более. Эта ситуация реализуется различно для каждой страны. Фактически все государства вовремя применяют те или иные ограничения и желают, чтобы в их стране социальное обеспечение устанавливалось в пределах минимальных норм. Однако необходимо учитывать, что при увеличении средств, затрачиваемых на лечение, эффективность в какой-то мере может

возрастать. Однако после определенной кульминации увеличение затрат устраняет выгоду, приносимую или обеспечиваемую эффективностью [3, с. 92].

Страховая компенсация в медицинском страховании осуществляется не в денежной форме, а в виде оказания медицинских услуг. То есть медицинское страхование позволяет гарантировать оказание определенного объема бесплатных медицинских услуг гражданину при наступлении страхового случая (нарушения состояния здоровья). В то же время страховщик с момента внесения первоначального взноса в соответствующий фонд берет на себя расходы, связанные с оплатой медицинской помощи [2, с. 44].

Рассмотрим, как происходит упомянутый процесс в соседних с Азербайджаном странах. Например, в Турции в соответствии с законами Конституции здравоохранение взято под контроль государства. В первые годы существования республики, поскольку не было ни ОСС, ни частных учреждений, и создать их было сложно, службу здравоохранения принято было считать непосредственно общественной обязанностью. На протяжении многих лет государство, государственные оздоровительные центры, поликлиники, фонды здоровья, ОСС, Баг-Кур, Пенсионный фонд и частные фонды Турции пытались выполнить эту задачу посредством принадлежащих им здравоохранительных учреждений и, учитывая застрахованных в Турции супругов, детей и иждивенцев, соотношение населения, пользующегося услугами служб здравоохранения по отношению к общей численности населения, составляло около 70% [10, с. 6].

Организация социального страхования (ОСС) распространяется на тех, кто продолжает работать в рамках Закона № 506 и, в основном, на работников, принятых на работу по служебному договору одним или несколькими работодателями. Учреждение было создано как страховое учреждение для сотрудников. 5. В рамках Закона № 5.506 лицо, поступившее на застрахованную работу, со дня начала работы получает право на медицинское страхование. Несмотря на то, что денежное пособие по временной нетрудоспособности выплачивается только застрахованному лицу, пособие по болезни наряду с этими лицами предоставляется так же лицам, находящимся на попечении (иждивенцам) (мужу, ребенку, матери, отцу) [12, с. 130].

В статье 5/d правил о медицинских страховых пособиях Баг-Кур разъясняется понятие детства и говорится, что мальчики старше 18 лет также могут получать пособия по болезни, если они являются инвалидами. Для того, чтобы члены Баг-Кур могли получать страховое

пособие, необходимо платить страховые взносы в Организацию не менее 8 месяцев и не иметь долгов по страховым взносам в течение этого периода. [11, с. 131]. 4 октября 1984 г. в Закон о пенсионном фонде № 5434, в 139 временную статью от 8 июля 1971 г. Закона № 1425 Пенсионного фонда были внесены существенные поправки и дополнения: «обязательства пенсионера, инвалида, семейные или служебные долги». Это регулируется Положением об обследовании и лечении членов семьи, вдов и пенсионеров-сирот. В этом постановлении определяются условия получения медицинской помощи и лица, которые ею воспользуются. Согласно упомянутому положению, активные участники, которые получают обычную инвалидность и пенсию, также могут воспользоваться этим правом.

Частное медицинское страхование в Турции было введено в 1983 г., а затем в 1988 г. было представлено на рынок для физических лиц [4]. С появлением этой новой практики из-за неадекватной здравоохранительной инфраструктуры, в которую изначально осмеливались вступать немногие компании, она превратилась в поле конкуренции в интересах застрахованных. Сегодня частные медицинские страховки, которыми пользуются в основном группы со средним и высоким доходом, предполагающие свободный выбор больниц и врачей успешно осуществляют испытательный период.

Как и в Турции, реформирование и совершенствование системы обязательного медицинского страхования является одним из составных элементов совершенствования здравоохранения в России. В то же время главным приоритетом в этой деятельности должно быть здоровье граждан страны. Сборы по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации собираются в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования и территориальных фондах обязательного медицинского страхования, являющихся фондами специального назначения, независимыми государственными некоммерческими финансово-кредитными организациями и служат механизмом государственного регулирования в этой области. Расходная часть бюджетов территориальных фондов состоит, в первую очередь, из финансирования программ территориального обязательного медицинского страхования, в том числе финансирования определенных мероприятий в сфере здравоохранения в рамках обязательного медицинского страхования медицинскими страховыми организациями, в том числе расходы, связанные с выполнением функций органа управления государственных органов [7, с. 26].

В.Т.Корхмазов, изучая проблемы и перспективы ОМС в Российской Федерации приходит к такому выводу, что *«Медицинское страхование приводит к конфликту интересов медицинских организаций и пациентов, так как медицинские организации концентрируются на выполнении требований и обязательств по стороны страховщиками, а у граждан остаются лишь права на компенсацию причинения вреда, а не на бесплатную, доступную и квалифицированную медицинскую помощь. В существующей практике обязательного медицинского страхования медицинские организации погрязли в массовых приписках объемов медицинской помощи и услуг, которые в действительности пациентам не предоставляли, что приводит также к искажению медицинской статистики. Пациенты рассматриваются в этой системе как источник роста доходов, тем самым игнорируются профилактические программы, подрывается медико-организационное взаимодействие, нарушается клиническая преемственность между поликлиниками и больницами»* [13, с. 612].

Из данного анализа можно сделать вывод, что в российской системе обязательного медицинского страхования (ОМС) существуют определенные проблемы и недостатки в реализации страховых принципов. О.А.Окорокова и М.И. Белецкая указывают на частичное выполнение принципов медицинского страхования в России и отмечают, что недостаток страховых институтов в системе ОМС России компенсируется административными практиками по управлению финансовыми потоками [6].

Эти недоразумения в структуре российской системы ОМС порождают целый ряд проблем. В частности, авторы выделяют следующие аспекты:

1. Недостаточная мотивация участников системы: Участники системы ОМС не обладают достаточной мотивацией для предпринятия действий, направленных на улучшение ее эффективности. Это может привести к недостаточному вовлечению и активности в рамках страховой системы.

2. Неустойчивость финансовых параметров: Страховые организации (СМО) и медицинские учреждения сталкиваются с нестабильностью финансовых параметров, что может усложнять их финансовое планирование и управление.

3. Направленность планирования и распределения объемов медицинской помощи: Отмечается слабая направленность в планировании и распределении объемов медицинской

помощи на решение важных задач, таких как повышение качества медицинской помощи и эффективное использование ресурсов.

4. Обоснование тарифов на медицинскую помощь: Недостаточное обоснование тарифов и их чрезмерная индивидуализация также становятся факторами, влияющими на эффективность системы ОМС [6, с. 501].

Авторы подчеркивают, что эти противоречия в системе ОМС могут быть источником серьезных проблем, затрагивающих качество медицинского обслуживания и общую эффективность использования ресурсов в здравоохранении России.

Надо отметить, что в Российской Федерации обязательное медицинское страхование финансируется на основе осуществления целевых программ. В рамках обязательного медицинского страхования средние нормативы финансовых затрат на единицу медицинской услуги определяются в соответствии с законодательством Российской Федерации. В настоящее время на территории Российской Федерации по договорам обязательного медицинского страхования застраховано 146 млн. человек. Это составляет около 99,8% населения страны. В Российской Федерации управление финансированием обязательного медицинского страхования осуществляется государственными органами и специализированными страховыми организациями. Согласно рейтингу Федерального фонда обязательного медицинского страхования, до 2019 года наиболее надежными страховщиками по ОМС являются: ООО «ВТБ МС» (16,4%), ООО «Росгосстрах-Медицина» (15%), ОАО «СОГАЗ-Мед» (12,9%), ООО «АльфаСтрахование» (10%) и другие. Эти компании предоставляют также услуги по добровольному медицинскому страхованию. В последние годы общие тенденции развития медицинского страхования в целом в Российской Федерации, на наш взгляд, носят разнонаправленный характер.

В соответствии с системой обязательного медицинского страхования Российской Федерации Общие затраты проекта бюджета на 2017 год составили 1 734 978,6 млн. рублей, что на 46 516,4 млн. руб. или на 2,8 % больше, чем в 2016 г.» [5, с. 64-68]. Бюджет Федерального Обязательного Медицинского Страхового Фонда на 2015-2017 гг. формировался в соответствии со статьей о Бюджете законодательства в области обязательного медицинского страхования Российской Федерации и основными направлениями бюджетной политики [7, с. 29-36]. «Общий доход бюджета Фонда за 2015 год

составляет 1619,8 млрд. рублей, за 2016 год — 1661,7 млрд. рублей, за 2017 год — 1705,9 млрд. рублей. По сравнению с 2015 годом прибыль увеличилась на 86,1 млрд. рублей» [2].

Одним из соседних с Азербайджаном государств является Республика Грузия. Подходя к данной проблеме в Грузии с экономического точки зрения С.Торнике пишет: «При акцентировании положительных сторон программы всеобщего страхования, обязательно нужно отметить, что эта программа включила в себя крупнейшую часть населения Грузии, имея при этом базовый пакет достаточно высокого уровня. В отличие от предыдущего постановления, в этот раз финансирование коснулось также профилактических работ. У пользователей появилось право быть прикрепленными в рамках программы к любому медицинскому учреждению и при желании они также могли изменять учреждения раз в два месяца. Уменьшилось время ожидания и медицинским учреждениям достаточно быстро передавались выделенные для них денежные средства» [14, с. 82]. Автор высказывает положительное отношение к программе всеобщего страхования в Грузии. Он отмечает, что эта программа охватила значительную часть населения страны и предоставила им базовый пакет медицинских услуг на высоком уровне. Важным улучшением является включение финансирования профилактических работ, что может способствовать общему улучшению здоровья населения.

В сравнении с предыдущими решениями в Грузии, финансирование теперь распространяется на профилактическую медицину, что свидетельствует о широком подходе к заботе о здоровье граждан. Автор также подчеркивает, что программа дает пользователям право выбирать медицинское учреждение, к которому они прикреплены, и изменять его по своему желанию каждые два месяца. Это снижает время ожидания и способствует более эффективному распределению финансовых ресурсов для медицинских учреждений.

Таким образом, эти реформы характеризуются положительными изменениями, которые внесла программа всеобщего страхования в систему здравоохранения Грузии, включая расширение доступа к медицинским услугам, улучшение качества предоставляемой помощи и более эффективное использование финансовых ресурсов.

Некоторые авторы (Я.Э.Немсверидзе, Л.Р.Дербина, Н.А.Воронина, К.Д.Дербин), анализируя систему здравоохранения в Грузии, выделяют как положительные, так и отрицательные аспекты этих реформ. Из положительных сторон выделяются следующие:

1. Независимость медицинских холдингов: с 1996 года медицинские холдинги в Грузии самостоятельно нанимают медицинский персонал, что позволяет им подбирать более квалифицированный персонал.

2. Высокий уровень врачебных кадров: Грузия имеет один из самых высоких показателей врачей на 1 тыс. жителей по сравнению с странами Евросоюза и европейского региона ВОЗ.

3. Увеличение бюджета программы здравоохранения: Бюджет программы всеобщего здравоохранения в Грузии удвоился за период с 2014 по 2016 год, что свидетельствует о повышении финансовых ресурсов в системе.

Однако, среди отрицательных моментов отмечаются нижеследующие:

1. Сокращение коечного фонда: из-за недостатка ресурсов произошло сокращение числа медицинских коек, что может влиять на доступность медицинских услуг.

2. Высокая стоимость медикаментов: Важным недостатком является высокая стоимость медикаментов, что может оказывать дополнительное давление на бюджет и доступность лекарств для населения.

3. Неравномерное распределение врачей: Большинство врачей сосредоточено в Тбилиси, что приводит к нехватке медицинских кадров в регионах [15, с. 567].

Отмечается, что система здравоохранения в Грузии прошла через ряд реформ, переходя от постсоветской модели к системе с большим уклоном в частный сектор [15]. Несмотря на положительные изменения, в данном государстве все еще существуют вопросы, требующие дальнейшего внимания и решения.

В Республики Узбекистан медицинское страхование выполняет важную роль, позволяя распределить плату за медицинские услуги во времени между большим числом застрахованных лиц и смягчая пиковые нагрузки, связанные с оплатой медицинской помощи. Такое справедливое распределение оплаты медицинских услуг важно и с позиции пропорциональности, учитывая долю населения, вносящего свой вклад в оплату услуг.

Исследователи указывают на различные способы финансирования медицинского страхования, такие как регулярные страховые взносы населения или взносы, связанные с заработной платой. В случае социального медицинского страхования, где взносы связаны с заработной платой, подчеркивается необходимость механизмов перераспределения средств в пользу низко доходных групп застрахованных работников, у которых чаще возникают

заболевания, а их страховые ресурсы могут быть недостаточными для покрытия расходов на лечение [8, с. 125].

В Республике Узбекистан эффективность распределения риска наивысшая в случае обязательного медицинского страхования, охватывающего широкие группы застрахованных лиц.

Развитие современного медицинского страхования в Азербайджане связано с деятельностью Г.Алиева. По законодательной инициативе Гейдара Алиева, вновь возглавившего страну в 1993-2003 годах, особо можно отметить принятие в Милли Меджлисе таких законов, как: «Об охране здоровья населения», «О донорстве крови и ее компонентов», «О фармацевтической деятельности», «О медицинском страховании», «Об особой медицинской деятельности», «О частной медицинской деятельности», «О санитарно-эпидемиологическом здоровье» и др., а также положения «О государственном страховании». Кроме того, в 1993 г. Министерство Здравоохранения присоединилось к Всемирной организации здравоохранения по борьбе с полиомиелитом, а в 1995 г. к программам «МЕКАКАР». 13 марта 1998 года, подписав Указ «О создании Государственной комиссии по реформе здравоохранения», Г.Алиев внес большой вклад в развитие этой области. В 1993-2001 годах произошли положительные изменения в работе научно-исследовательских институтов и организации научных исследований.

Система ОМС в Азербайджане нацелена на универсальное охватывание граждан, обеспечивая базовый уровень медицинской помощи для всех. Это содействует обеспечению равного доступа к здравоохранению.

Медицинское страхование направлено на обеспечение устойчивого финансирования системы здравоохранения. В Азербайджане существуют механизмы финансирования, такие как взносы работодателей и государственные средства, обеспечивающие стабильность системы страхования.

Решение о внедрении в Азербайджане обязательного медицинского страхования, широко применяемого в системе здравоохранения многих стран, принятое Президентом И.Алиевым, еще раз доказало, что человеческий фактор находится в центре государственной политики. В настоящее время в системе здравоохранения Азербайджана используются 3 модели медицинского страхования с применением мирового опыта:

— Страхование жизни

— Платное медицинское страхование (за счет средств работодателя)

— Обязательное медицинское страхование

Форма, определенная внутри этих моделей, имеет единую структуру (бюджетная модель, отчисления от общего налогообложения как основного источника финансирования). Эта модель широко распространена в 22 из 54 стран мира (Великобритания, Австралия, Канада и др.). Согласно указанной модели обязательное медицинское страхование, формируемое за счет средств государственного бюджета, финансируемого работодателями и работниками, гарантирует всесторонний охват населения медицинской помощью.

Страховые компании и медицинские учреждения взаимодействуют для обеспечения высокого стандарта медицинского обслуживания. Это включает в себя меры контроля качества и стимулы для предоставления эффективных медицинских услуг.

Следует также отметить преимущества закона Азербайджанской Республики, который регулирует медицинское страхование населения. Закон определяет организационные, юридические и экономические основы этого вида страхования, а также регулирует отношения между участниками этой системы. Он указывает, что законодательство в этой области включает в себя Конституцию Азербайджанской Республики, данный закон, а также другие нормативно-правовые акты и межгосударственные договоры, в которых Азербайджан является стороной [16].

Наряду с положительными аспектами ОМС в Азербайджане, Н.Г.Халилов выражает серьезную озабоченность вопросом повышения рациональности в здравоохранении и предлагает создание стимулов, которые будут поддерживать более рациональное оказание услуг на уровне поставщика. Он отмечает, что частные расходы на здравоохранение в Азербайджане занимают один из высших уровней в Европейском пространстве, составляя 79% от общих расходов в данной сфере [9].

Особое внимание уделяется факту, что 7 из 10 пациентов в Азербайджане сообщают о неофициальных платежах поставщикам здравоохранительных услуг, что является самым высоким показателем в регионе. Автор также выделяет, что население Азербайджана тратит 10% своих месячных доходов на оплату здравоохранения, что существенно выше, чем в других странах, за исключением Грузии.

В этом контексте, автор подчеркивает важность обязательного медицинского страхования, которое гарантирует гражданам надлежащий объем, качество и условия

предоставления лечебно-профилактических услуг [9]. Добровольное медицинское страхование, по его мнению, может обеспечить дополнительные клинико-диагностические обследования и лечебные меры.

Как отмечает М.Алиева, *«внедрение обязательного страхования в различных сферах, расширение и усиление спектра деятельности позволяют повысить роль государства на страховом рынке и одновременно играть роль стабильного страховщика для граждан»* [17, с. 90]. В здравоохранительной системе с данной точки зрения важным аспектом является указание на требования полисов медицинского страхования, которые часто предполагают оплату заявителями медицинских услуг в течение определенного периода. Эта ситуация может различаться в каждой стране, и, несмотря на установленные ограничения, государства стремятся обеспечить социальное обеспечение в пределах минимальных норм.

Увеличение затрат на лечение может повысить эффективность, однако после определенной точки увеличение расходов приводит к уменьшению выгоды от страхования. Это важно для понимания баланса между затратами на здравоохранение и достижением оптимальных результатов.

Особенность страховой компенсации в медицинском страховании, которая осуществляется не в денежной форме, а в виде предоставления медицинских услуг гарантирует оказание определенного объема бесплатных медицинских услуг при страховом случае. Важным моментом является то, что страховщик берет на себя расходы на медицинскую помощь с момента первоначального взноса в соответствующий фонд.

Анализ процесса в соседних странах, таких как Турция, демонстрирует, как управление здравоохранением может быть реализовано через государственный контроль, а также через частные медицинские страховки. Пример Турции позволяет увидеть эволюцию частного медицинского страхования и его роль в обеспечении свободного выбора медицинских услуг застрахованными.

Эффективное медицинское страхование играет ключевую роль в обеспечении населения доступной и качественной медицинской помощью.

Сложный и структурированный обзор обязательного медицинского страхования (ОМС) в Российской Федерации охватывает различные аспекты системы, включая финансирование, регулирование и проблемы в ее функционировании.

Основная критика, представленная в данном исследовании, связана с проблемами и недостатками в реализации страховых принципов в российской системе ОМС. Противоречия в мотивации участников системы, неустойчивость финансовых параметров, а также направленность планирования и распределения объемов медицинской помощи могут привести к серьезным проблемам, воздействуя на качество медицинского обслуживания и эффективность системы в целом.

Базируясь на грузинский опыт, можно констатировать, что в сравнении с предыдущими решениями в Грузии, финансирование теперь распространяется на профилактическую медицину, что свидетельствует о широком подходе к заботе о здоровье граждан. Отмечается также право пользователей выбирать медицинское учреждение и менять его периодически, что способствует более эффективному использованию финансовых ресурсов и сокращению времени ожидания. Среди положительных моментов выделяется независимость медицинских холдингов, что позволяет им привлекать более квалифицированный персонал, высокий уровень врачебных кадров и увеличение бюджета программы здравоохранения.

Система здравоохранения в Грузии прошла через реформы, вносящие как положительные, так и отрицательные изменения. Важно продолжать мониторить и оценивать эффективность системы, уделять внимание нерешенным вопросам и искать дополнительные пути улучшения, чтобы обеспечить качественные и доступные медицинские услуги для всего населения.

Обсуждение предоставленного исследования позволяет рассмотреть роль и важность медицинского страхования в Республике Узбекистан. Одним из ключевых аспектов является способность медицинского страхования распределять плату за медицинские услуги во времени между большим числом застрахованных лиц. Это позволяет смягчить пиковые нагрузки, связанные с оплатой медицинской помощи, что важно для обеспечения устойчивости и доступности медицинского обслуживания.

Важным аспектом является также справедливое распределение оплаты медицинских услуг. Важно отметить приоритетность пропорциональности, учитывая долю населения, вносящего свой вклад в оплату услуг. Это способствует более справедливому доступу к медицинским услугам и обеспечивает равенство в возможностях получения медицинской помощи. Здесь важна не только сама система страхования, но и необходимость механизмов

перераспределения средств в пользу низко доходных групп застрахованных работников. Это особенно актуально, учитывая, что эти группы чаще сталкиваются с заболеваниями, и страховые ресурсы могут быть недостаточными для покрытия расходов на лечение.

В контексте Узбекистана подчеркивается, что эффективность распределения риска наивысшая именно в случае обязательного медицинского страхования, которое охватывает широкие группы застрахованных лиц. Это свидетельствует о важности такого механизма для обеспечения всестороннего и равномерного доступа к медицинским услугам в стране.

В Азербайджане важным элементом этого процесса, как и в других соседних странах, является принятие ряда законов, направленных на регулирование и совершенствование системы здравоохранения и медицинского страхования в стране. Одним из ключевых достижений было внедрение обязательного медицинского страхования, что подчеркивает стремление к универсальному охвату граждан базовым уровнем медицинской помощи. Этот шаг способствует обеспечению равного доступа к здравоохранению, что важно для поддержания здоровья нации и обеспечения социальной справедливости.

Также можно подчеркнуть разнообразие моделей медицинского страхования в Азербайджане, таких как страхование жизни, платное медицинское страхование и обязательное медицинское страхование. Особое внимание уделяется последней модели, которая финансируется за счет средств государственного бюджета, работодателей и работников. Это обеспечивает всесторонний охват населения медицинской помощью, что является важным элементом национальной системы здравоохранения.

В Азербайджане меры контроля качества и стимулы для предоставления эффективных медицинских услуг являются ключевыми элементами данной системы, способствуя повышению уровня заботы о пациентах и эффективности лечебных мероприятий. Добровольное медицинское страхование также рассматривается как дополнительный инструмент для обеспечения дополнительных медицинских услуг и диагностических обследований.

Заключение. Анализируя изложенный материал, мы приходим к такому выводу, что эффективность медицинского страхования играет важную роль в обеспечении доступности и качественной медицинской помощи. Рост затрат на лечение может повысить эффективность системы, но существует определенная точка, после которой увеличение расходов может

привести к уменьшению выгоды от страхования. Важно подчеркнуть баланс между затратами на здравоохранение и достижением оптимальных результатов.

Страховая компенсация, предоставляемая в виде медицинских услуг, является важным элементом, гарантирующим предоставление бесплатных медицинских услуг при страховом случае. Однако критический анализ системы обязательного медицинского страхования в российской системе выявляет проблемы в реализации страховых принципов, что может негативно сказываться на качестве медицинского обслуживания и эффективности системы.

Пример Турции показывает, как управление здравоохранением может быть успешно реализовано через государственный контроль и частные медицинские страховки, обеспечивая свободный выбор медицинских услуг для застрахованных. Грузинский опыт демонстрирует эволюцию системы здравоохранения, включая финансирование профилактической медицины и акцент на выборе медицинских учреждений, что способствует эффективному использованию финансовых ресурсов.

Освещенные аспекты медицинского страхования в Узбекистане и Азербайджане подчеркивают важность обязательного медицинского страхования для смягчения пиковых нагрузок на систему здравоохранения и обеспечения справедливого распределения оплаты медицинских услуг. Важным элементом является также механизм перераспределения средств в пользу низко доходных групп, обеспечивая равный доступ к медицинской помощи.

Системы здравоохранения в рассмотренных странах прошли через изменения, вносящие как положительные, так и отрицательные аспекты. Важно продолжать мониторинг и оценку эффективности систем, уделять внимание нерешенным вопросам и стремиться к постоянному улучшению, чтобы обеспечить всесторонний и равномерный доступ к качественным медицинским услугам для населения.

Список литературы

1. Reitzel L. Roberts S. Contemporary Business Law. New Jersey. 1990;582.
2. Медведева Н.М., Гуйдя Е.К. Правовое регулирование оказания медицинских услуг в Российской Федерации. Хабаровск: Дальневосточный институт управления — филиал РАНХиГС. 2017;82.

3. Avşar A. Türkiye'de Sağlık Sigortası Opsiyons Özleşmelerinin Uygulanabilmesine Yönelik bir model önerisi. Eskişehir. 1999;30.
4. Besiner Z. Özel Sağlık Sigortalı Nereye Kadar? Sigorta Dünyası. Temmuz. 1996;8.
5. Улыбина Л.К., Огорокова О.А. Страховой рынок России: оценка индикаторов и перспектив развития. Экономика и предпринимательство. 2013;7(36):64-68.
6. Огорокова, О.А., Белецкая М.И. Стратегические перспективы развития обязательного медицинского страхования в России. Инновации. Наука. Образование. 2020;21:498-504.
7. Огорокова О.А. Финансовая стратегия страховой компании. Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 5: Экономика. 2011;3:29-36.
8. Ниезов З.Д., Давронов Ш.З. Обязательное медицинское страхование: сущность и вопросы внедрения в Узбекистане. Архивариус. 2020;2(47):124-127.
9. Халилов Н.Г. К вопросу об обязательном медицинском страховании с точки зрения лекарственного обеспечения населения. Вестник проблем биологии и медицины. 2017;1,1(135):69-74.
10. Nesrin Y. Sağlık Sektörünün Sorunları ve Sağlık Reformu Kapsamında Getirilen Alternatif Çözümler. Ekonomik Vizyon Dergisi. Kasım-Aralık 1995;67:18.
11. Taylan B. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması ve Bir Değerlendirme. İşletme ve Finans Dergisi. Ocak 1993;82:51.
12. DPT, Sosyal Güvenlik Özel ihtisas Komisyonu Raporu. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Yayın No: DPT: 2420-ÖİK: 479. Ekim 1995;130.
13. Корхмазов В.Т. О проблемах и перспективах обязательного медицинского страхования в России. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022;5:599-618. doi: 10.24412/2312-2935-2022-5-599-618
14. Торнике С. Особенности медицинского страхования в Грузии. Актуальные проблемы экономики, социологии и права. 2015;3:81-83.
15. Немсцверидзе Я.Э., Дербина Л.Р., Воронина Н.А. Обзор положительных и отрицательных качеств системы здравоохранения Грузии в период с 1992 по 2022. Forcİre. 2022;5(S3):567.
16. Закон Азербайджанской Республики о медицинском страховании. 1999. № 725-Ю.С.1.

17. Əliyeva M.A. Sığorta sisteminin dünyada və Azərbaycanda inkişaf xüsusiyyətləri. AMEA-nın Xəbərləri. İqtisadiyyat seriyası. 2022 (yanvar-fevral):86-92.

References

1. Reitzel L. Roberts S. Contemporary Business Law. New Jersey. 1990;582.
2. Medvedeva N.M., Gujdja E.K. Pravovoe regulirovanie okazaniya medicinskih uslug v Rossijskoj Federacii [Legal regulation of the provision of medical services in the Russian Federation]. Habarovsk: Dal'nevostochnyj institut upravleniya — filial RANHiGS. 2017;82 (In Russian)
3. Avşar A. Türkiyə'de Sağlık Sigortası Opsiyons Özleşmelerinin Uygulanabilmesine Yönelik bir model önerisi [A model proposal for the implementation of Health Insurance Options Agreements in Turkey]. Eskişehir. 1999;30 (In Turkish)
4. Besiner Z. Özel Sağlık Sigortalı Nereye Kadar? [How Much Does Private Health Insurance Cost?]. Sigorta Dünyası [Insurance World]. July. 1996;8 (In Turkish)
5. Ulybina L.K., Okorokova O.A. Strahovoj rynek Rossii: oçenka indikatorov i perspektiv razvitija [Russian insurance market: assessment of indicators and development prospects]. Ekonomika i predprinimatel'stvo [Economics and entrepreneurship]. 2013;7(36):64-68 (In Russian)
6. Okorokova, O.A., Beleckaja M.I. Strategicheskie perspektivy razvitija objazatel'nogo medicinskogo strahovaniya v Rossii [Strategic prospects for the development of compulsory health insurance in Russia]. Innovacii. Nauka. Obrazovanie [Innovation. The science. Education]. 2020;21:498-504 (In Russian)
7. Okorokova O.A. Finansovaja strategija strahovoj kompanii [Financial strategy of an insurance company]. Vestnik Adygejskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 5: Ekonomika [Bulletin of Adygea State University. Serie 5: Economics]. 2011;3:29-36 (In Russian)
8. Niezov Z.D., Davronov Sh.Z. Objazatel'noe medicinskogo strahovanie: sushhnost' i voprosy vnedrenija v Uzbekistane [Compulsory health insurance: essence and issues of implementation in Uzbekistan]. Arhivarius [Archivist]. 2020;2(47):124-127 (In Russian)
9. Halilov N.G. K voprosu ob objazatel'nom medicinskom strahovanii s tochki zrenija lekarstvennogo obespeçeniya naselenija [On the issue of compulsory health insurance from the point of view of drug provision for the population]. Vestnik problem biologii i mediciny [Bulletin of problems of biology and medicine]. 2017;1,1(135):69-74 (In Russian)

10. Nesrin Y. Sağlık Sektörünün Sorunları ve Sağlık Reformu Kapsamında Getirilen Alternatif Çözümler [Problems of the Health Sector and Alternative Solutions Within the Scope of Health Reform]. Ekonomik Vizyon Dergisi [Economic Vision Journal]. November-December. 1995;67:18 (In Turkish)
11. Taylan B. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması ve Bir Değerlendirme [General Health Insurance Practice in Turkey and an Evaluation]. İşletme ve Finans Dergisi [Journal of Business and Finance]. January. 1993;82:51 (In Turkish)
12. DPT, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu [SPO, Social Security Special Expertise Commission Report]. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı [T.R. Prime Ministry State Planning Organization Undersecretariat]. Publication No: DPT: 2420-ÖİK: 479. October. 1995;130 (In Turkish)
13. Korhmazov V.T. O problemah i perspektivah objazatel'nogo medicinskogo strahovaniya v Rossii [On the problems and prospects of compulsory health insurance in Russia]. Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki [Modern problems of health care and medical statistics]. 2022;5:599-618. doi: 10.24412/2312-2935-2022-5-599-618 (In Russian)
14. Tornike S. Osobennosti medicinskogo strahovaniya v Gruzii [Features of health insurance in Georgia]. Aktual'nye problemy ekonomiki, sociologii i prava [Current problems of economics, sociology and law]. 2015;3:81-83 (In Russian)
15. Nemscveridze Ja.Je., Derbina L.R., Voronina N.A. Obzor polozhitel'nyh i otricatel'nyh kachestv sistemy zdavoohraneniya Gruzii v period s 1992 po 2022 [Review of the positive and negative qualities of the Georgian health care system from 1992 to 2022]. Forcipe. 2022;5(S3):567 (In Russian)
16. Zakon Azerbajdzhanskoj Respubliki o medicinskom strahovanii [Law of the Azerbaijan Republic on health insurance]. 1999. № 725-Ju.S.1 (In Russian)
17. Aliyeva M.A. Sygorta sisteminin dunjada və Azarbajdzhanda inkishaf xususijjatlari [Features of the development of the insurance system in the world and in Azerbaijan]. AMEA-nyn Habarlari. İqtisadijyat serijasy [News of ANAS. Economics series]. 2022 (January-February):86-92 (In Azerbaijani)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторе

Салманова Вюсалия Юсиф кызы — докторант первой степени, Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, AZ1012 Азербайджанская Республика, Баку, просп. Тбилиси, 3165, e-mail: aim.2021@mail.ru, ORCID 0000-0002-2335-1685

Information about the author

Salanova Vusala Yusif — Phd student, Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, AZ1012 Azerbaijan Republic, Baku, Tbilisi ave. 3165, e-mail: aim.2021@mail.ru, ORCID 0000-0002-2335-1685

Статья получена: 18.12.2023 г.

Принята к публикации: 25.03.2024 г.