

**Помощь студентам  
онлайн! Без посредников!  
Без предоплаты!  
<http://diplomstudent.net/>**

**Курсовая работа на тему: Организация и осуществление обязательного  
медицинского страхования в районах (городах)**

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1 Теоретические аспекты организации обязательного медицинского страхования в России.....	6
1.1 Обязательное медицинское страхование в России: понятие, принципы, перечень услуг и финансирование .....	6
1.2 Основные проблемы обязательного медицинского страхования в России и необходимость реформирования системы ОМС .....	10
2 Текущая ситуация и перспективные направления развития организации обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан.....	18
2.1 Общая характеристика организации обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан.....	18
2.2 Оценка осуществления обязательного медицинского страхования и перспективные направления реформы ОМС в Республике Татарстан .....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	41

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Российская система обязательного медицинского страхования функционирует недостаточно эффективно. Счетная палата проанализировала российскую систему ОМС и выявила неполную обеспеченность потребности в финансовых ресурсах на оплату сверхплановых объемов медицинской помощи по ОМС. Кроме того, имеются недостатки в эффективности организации финансирования. Для многих заболеваний, входящих в базовую программу ОМС, до сих пор не разработаны стандарты медицинской помощи, на основе которых определяются объемы медицинских услуг, учитываемые при расчете тарифа. Все это приводит к значительной разнице в подходах к тарифообразованию в субъектах РФ.

Недостатки механизмов финансового обеспечения оказанной медицинской помощи по межтерриториальным расчетам приводят к росту задолженности в субъектах РФ. Кроме того, правила работы комиссий по разработке территориальных программ ОМС по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями недостаточно конкретны, что приводит к рискам неэффективного распределения объемов. Не способствует сбалансированности системы ОМС и низкая конкуренция между медицинскими организациями различных форм собственности. Так, имеются ограничения по участию частных медицинских организаций в системе ОМС, в том числе связанные с недостаточно прозрачным порядком распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями[16].

В связи с изложенной актуальностью курсовой работы: «Организация и осуществление обязательного медицинского страхования в районах (городах)», целью является разработка перспективных направлений реформы ОМС в Республике Татарстан. Достигнуть указанную цель поможет решение следующих задач: описать теоретические аспекты организации обязательного медицинского страхования в России; дать общую характеристику организации обязатель-

ного медицинского страхования в Республике Татарстан; оценить осуществление обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан.

Объектом исследования является: организация обязательного медицинского страхования. Предмет исследования- система осуществления обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан.

При написании курсовой работы применялись методы: описание, классификация, анализ, сравнение, синтез, индукция, дедукция, обобщение, абстрагирование и другие.

Структурно курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложений. Во введении обосновывается актуальность, цель, задачи, объект и предмет исследования. В первой теоретической главе описана сущность обязательного медицинского страхования, принципы, перечень услуг и финансирование, изложены основные проблемы обязательного медицинского страхования в России и необходимость реформирования системы ОМС. Во второй практической главе дана общая характеристика организации обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан; проведена оценка осуществления обязательного медицинского страхования и предложены перспективные направления реформы ОМС в Республике Татарстан. В заключении даны краткие выводы проведенного исследования.

Информационной базой исследования послужили учебные пособия, статьи, монографии по изучаемой проблеме, ресурсы сети Интернет, данные статистической отчетности о развитии обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан, нормативно- правовые акты, регулирующие деятельность ОМС в России в целом и в Республике Татарстан, в частности.

Практическая значимость исследования заключается в том, что предложенные рекомендации могут быть применены на практике с целью совершенствования организации ОМС в Республике Татарстан.

# 1 Теоретические аспекты организации обязательного медицинского страхования в России

## 1.1 Обязательное медицинское страхование в России: понятие, принципы, перечень услуг и финансирование

Обязательное медицинское страхование (ОМС) в России - это государственная система, которая обеспечивает гражданам право на бесплатную медицинскую помощь. Регулируется Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. от 28.11.2025 N 430-ФЗ)[1]. Право на ОМС имеют: все граждане РФ (в том числе новорождённые); иностранцы и лица без гражданства, проживающие в России на законных основаниях (имеющие разрешение на временное или постоянное проживание); работники государственных и частных организаций - если взносы на ОМС платятся работодателем.

В системе обязательного медицинского страхования есть несколько элементов: государство, территориальные фонды, страховые компании, медицинские организации, таблица 1.1.1.

Таблица 1.1.1-Элементы системы обязательного медицинского страхования

№ п/п	Элементы	Описание функций
1	Государство	Устанавливает правила, формирует федеральную и территориальные программы, контролирует качество услуг.
2	Территориальные фонды	Аккумулируют средства, распределяют их между страховыми компаниями и медицинскими организациями в регионах.
3	Страховые компании	Выступают в качестве посредников между пациентами, медицинскими учреждениями и государством.
4	Медицинские организации	Предоставляют пациентам услуги, которые и оплачиваются по ОМС.

Система ОМС в России работает следующим образом: гражданин, у которого оформлен полис ОМС, обращается к врачу; медицинская организация оказывает услугу и фиксирует её в системе; страховая компания проверяет услугу и оплачивает её из средств фонда. ОМС распространяется только на территорию России, поэтому любые услуги за рубежом оплачиваются отдельно.

Полис ОМС- это документ, который подтверждает право гражданина на получение бесплатной медицинской помощи по системе обязательного медицинского страхования. Он нужен для посещения поликлиники, госпитализации, получения рецептов и обследований.

Сейчас существует три формы полиса ОМС: бумажный - традиционный формат, напоминает маленькую книжку или бланк; пластиковый полис - карточка, похожая на банковскую, более удобная и долговечная; электронный полис (е-ОМС) - виртуальная версия, доступная в мобильном приложении или на сайте страховой. Все три вида полисов обязательного медицинского страхования имеют одинаковую юридическую силу, отличаются лишь формой.

Оформить полис ОМС можно на портале «Госуслуги» (но для этого понадобится усиленная квалифицированная электронная подпись); в МФЦ; в офисе страховой компании (найти компанию, работающую в нужном регионе, можно на сайте ФОМС). Для граждан России полис ОМС действует бессрочно. Иностранцы с видом на жительство, беженцы и трудовые мигранты могут получить полис, действующий до конца календарного года, но не дольше, чем вид на жительство, срок пребывания в стране или срок трудового договора.

В настоящее время предусмотрены федеральная и территориальные программы ОМС. Федеральная программа охватывает единый набор услуг, обязательный для всех граждан России. Она определяет стандарты лечения и перечень бесплатных процедур. Территориальные программы дополняют федеральную - в зависимости от потребностей конкретного региона. Например, в них могут добавить профилактические обследования. Региональные программы, утверждённые регионами, можно получить только если ОМС выдан в регионе, принявшем конкретную программу[15].

Основные принципы обязательного медицинского страхования перечислены в статье 4 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.11.2025) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[1]. Основные принципы осуществления ОМС: обеспечение гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в рамках территориальной и базовой

программ ОМС; устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС; обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами; государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС независимо от финансового положения страховщика; создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС; паритетность представительства субъектов ОМС и участников ОМС в органах управления ОМС.

По полису ОМС можно получить следующие виды медицинских услуг: первичную помощь у терапевта, педиатра, врача общей практики, а также узких специалистов в поликлинике; скорую медицинскую помощь; специализированную и высокотехнологичную помощь в стационарах и амбулаторно (по направлению); профилактические мероприятия: диспансеризацию и вакцинацию по Национальному календарю; паллиативную помощь. Рассмотрим подробнее.

1) Первичная медико-санитарная помощь включает: консультации терапевта, педиатра, семейного врача; вакцинацию; диспансеризацию взрослых и детей; профилактические осмотры; подготовку к беременности и родам; дородовой и послеродовой патронаж. Услуги оказывают в условиях поликлиники, на дому (по показаниям) и в условиях дневного стационара, если пациент не требует постоянного наблюдения и интенсивной терапии.

2) Скорая медицинская помощь - оказывается в экстренной или неотложной форме при заболеваниях, травмах, несчастных случаях и других состояниях, требующих срочного вмешательства врачей. Может проводиться вне медицинской организации, в амбулатории или стационаре. Для вызова скорой помощи достаточно полиса ОМС, хотя даже при его отсутствии пациенту всё равно помогут - документ нужен для дальнейшего бесплатного обслуживания в стационаре.

3) Специализированная медицинская помощь - оказывается в стационарных условиях и условиях дневного стационара врачами-специалистами. Вклю-

чает: профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий; медицинскую реабилитацию. Перечень специализированных услуг в рамках ОМС устанавливает Министерство здравоохранения. Оно также ежегодно утверждает квоты - количество пациентов, которое могут принять государственные и муниципальные учреждения.

4)Высокотехнологичная медицинская помощь включает применение новых сложных и уникальных методов лечения, а также ресурсоёмких методов лечения с научно доказанной эффективностью. В том числе в рамках высокотехнологичной помощи могут применяться клеточные технологии, роботизированная техника, информационные технологии, методы генной инженерии. Главное условие: медицинские показания, которые определяет лечащий врач. Получить высокотехнологичную помощь можно в профильной медицинской организации регионального или федерального уровня, включённой в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и имеющей лицензию на оказание высокотехнологичной помощи.

5)Паллиативная медицинская помощь также входит в программу обязательного медицинского страхования (ОМС). Её оказывают пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Основными особенностями паллиативной помощи по ОМС являются: в зависимости от состояния больного, её получают в амбулаторных или стационарных условиях; в услуги может входить регулярный выезд врача на дом; в рамках государственной программы можно получить уход на дому, оборудование, лекарства, консультации с психологами для членов семьи больного.

Чтобы получить паллиативную помощь, необходимо: получить направление от врачебной комиссии медицинской организации, в которой наблюдается больной; взрослые со злокачественными новообразованиями могут получить заключение от врача-онколога; пройти медико-социальную экспертизу для установления инвалидности; обратиться в паллиативную службу: это может быть стационар (хоспис, паллиативное отделение) или кабинет паллиативной меди-

цинской помощи. Заболевания, при которых оказывают паллиативную помощь: нарушения мозгового кровообращения, тяжёлые травмы, дегенеративные заболевания нервной системы, деменция, болезнь Альцгеймера, инфекционные заболевания (СПИД и другие) на терминальной стадии и другие[15].

В основе системы ОМС лежит принцип солидарного финансирования: работодатели отчисляют страховые взносы за работающих граждан, а за неработающих (детей, пенсионеров, безработных) платит государство через региональные бюджеты. Эти средства аккумулируются в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (ФФОМС). ФФОМС выступает как центральный финансовый регулятор: он устанавливает единые стандарты оказания медпомощи, распределяет средства между территориальными фондами ОМС (ТФОМС), которые действуют в каждом регионе. Однако, система обязательного медицинского страхования в России требует реформирования в связи с наличием важных проблем. Для того, чтобы подробнее рассмотреть эту часть вопроса, перейдем к следующему параграфу курсовой работы.

## **1.2 Основные проблемы обязательного медицинского страхования в России и необходимость реформирования системы ОМС**

Обязательное медицинское страхование сегодня кажется данностью: все россияне уверены, что если с ними что-то случится, помощь им точно окажут. Однако в последнее время всё чаще звучат предложения о реформировании системы ОМС. Впервые претензии к системе ОМС прозвучали в мае 2025 года: тогда профессор Финансового университета при Правительстве РФ Александр Сафонов обратил внимание на то, что неработающие, в том числе «богатые бездельники», не платят взносы в различные фонды, в том числе ОМС, однако помощь от этих фондов получают наравне с работающими россиянами. Чтобы устранить эту несправедливость, он предложил таким людям уплачивать взносы в систему ОМС и ввести для них подоходный налог в случае, если законное происхождение средств, на которые они живут, не подтверждено.

Тогда опрошенные эксперты в целом называют идею популистской с точки зрения закона. Однако со временем эта тема получила продолжение: в середине сентября на неё указал мэр Москвы С. Собянин, выступая на Московском финансовом форуме. По его словам, столица платит в фонд ОМС около 180 млрд. рублей за неработающее население, регионы - около 1 трлн. рублей, и если на пенсионеров, инвалидов, мам в декрете, студентов и другие льготные категории такие траты оправданы, то платить за «лоботрясов», по его мнению, чересчур. К тому же это, по словам Собянина, создаёт проблемы на рынке труда, так как у неработающих нет стимула.

- Пенсионер, который прошёл трудовую, ему обеспечено. Простите, лоботряс, который ничего не делает и работать не хочет, - мы ему тоже гарантируем, причём даже не спрашивая его, - не пишет заявление, ничего. Сотни миллиардов просто нате вам, мотивируя его не работать, а потом ещё пенсию ему выплаты, - возмущался мэр столицы[9].

Недавно тема вышла на по-настоящему федеральный уровень: о несправедливости текущей системы ОМС высказалась глава Совета Федерации В. Матвиенко. На парламентских слушаниях она озвучила идею о том, чтобы неработающие, исключая пенсионеров, детей, инвалидов и другие льготные категории, платили в фонд ОМС 45 тыс. рублей в год - средний размер платы работодателей по стране.

- Когда молодые, здоровые, работоспособного возраста нигде не работают. Это теньевая занятость либо просто не хотят работать. Тогда вопрос - а за счёт каких источников доходов они живут? Получается, что те люди, которые честно работают, они содержат оказание медицинской помощи огромному количеству трудоспособных неработающих граждан. Но это же несправедливо, это неправильно, - указала глава Совфеда. Она предложила профильному комитету Совфеда по соцполитике проработать её идею, однако позже уточнила, что никаких непродуманных решений в ущерб населению приниматься не будет - ответить, необходима ли такая мера, должно общество.

ОМС кажется одной из наиболее устойчивых и привычных систем в сфере здравоохранения, однако тема её реформирования стала обсуждаться с повышенной частотой.

Рассмотрим подробнее почему обсуждают реформу ОМС. Российская модель медицинского страхования имеет безусловное преимущество перед подобными системами в других странах, рассказала 78.ru врач акушер-гинеколог, младший научный сотрудник ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Отта» А. Белевич.

- Система ОМС в России построена так, что все граждане имеют доступ к базовой и экстренной медицинской помощи независимо от социального статуса или уровня дохода. В отличие от некоторых стран, например США, где отсутствие страховки может означать отказ от жизненно необходимого лечения, в России любая экстренная операция или сложное вмешательство оказывается бесплатно для пациента за счёт средств бюджета ОМС, - отметила эксперт.

Однако именно это обстоятельство в итоге и порождает дискуссии, признала она. Причина прежде всего в финансировании: взносы в фонд ОМС уплачивает работодатель в виде налоговых отчислений тех, кто у него официально трудоустроен. Но пользуются системой здравоохранения и страхования не только работающие.

- Пользоваться ею могут и те, кто не делает взносов, например, граждане с «теневыми» доходами или те, кто официально нигде не работает, но при этом получает помощь наравне со всеми. В обществе это часто воспринимается как несправедливость, и потому тема пересмотра порядка финансирования для отдельных категорий граждан регулярно возвращается в повестку, - пояснила А. Белевич.

Сегодня эта тема приобрела особую актуальность в первую очередь из-за увеличившейся экономической нагрузки на бюджетную систему, отметила в беседе с 78.ru доцент кафедры менеджмента Президентской академии в Санкт-Петербурге Л. Рыжих. Также есть и другие проблемы - к примеру, несоответствие данных различных ведомств[9].

- Например, ФФОМС ведёт персонифицированный учёт застрахованных лиц, в то время как СФР (Социальный фонд России) основывается на информации о работающих гражданах. Несовпадение сведений вызывает сложности в определении актуальной численности застрахованных неработающих граждан. Высокие расходы на ОМС для неработающих приводят к недостаточности средств на финансирование других направлений системы здравоохранения, - объяснила эксперт.

В итоге, с учётом сложностей с распределением финансирования и нагрузки на бюджет, действительно в полный рост встаёт вопрос социальной справедливости: за неработающих платят те, кто честно трудится, а услуги они получают одинаковые. Можно сказать, что назрела необходимость оптимизации распределения финансовой нагрузки, констатировала Л. Рыжих - этим и объясняется пристальное внимание к ОМС в последнее время.

У системы ОМС в России, при всех её плюсах, есть большое количество проблем, подтверждают эксперты.

- Ключевая из них - ограниченность перечня услуг. По каждому заболеванию существует утверждённый стандарт: врач не может назначить меньше необходимого, но и больше - тоже нельзя. Кроме того, из фонда ОМС формируется и зарплата медицинских работников, что вызывает вопросы о её достаточности. Особенно заметна диспропорция: врачи, выполняющие высокотехнологичные операции, получают достойное вознаграждение, а врачи поликлинического звена - значительно меньше, - констатировала А. Белевич.

Л. Рыжих среди проблем ОМС выделила различия между регионами - это отражается и в неравномерности финансирования, и в существенном различии стоимости услуг в разных субъектах. Есть также и проблемы с контролем деятельности медучреждений и несовершенством нормативно-правовой базы.

Кроме того, по ОМС не всегда и не везде можно получить все услуги и, главное, на высоком уровне качества, да ещё и для всех категорий населения. Не секрет, что большинство россиян, к примеру, предпочитают лечить зубы в частных клиниках, поскольку ОМС не компенсирует большую часть затрат при

этом лечении - проще обратиться к «частникам», а не разбираться, что входит, а что не входит в ОМС при обращении в государственные клиники. Эту проблему часто решают с помощью ДМС - добровольного медицинского страхования, которое приобретает сам человек или предоставляет работодатель как социальный бонус. Такая услуга популярна и востребована, обратила внимание Л. Рыжих.

- Основные индикаторы популярности - рост объёма рынка ДМС, покрытие среди крупных компаний (банки, фармацевтика, нефтегазовый сектор, ИТ-сфера), очень высокая доля корпоративных полисов, - констатировала эксперт.

Действительно, для многих россиян сегодня при поиске работы ДМС, оплачиваемое работодателем, становится существенным плюсом и причиной выбора конкретной компании. Однако пакеты ДМС могут быть разными, от стандартных поликлинических услуг до специализированных программ, и они, так же как и ОМС, могут покрывать далеко не все медицинские услуги. Есть у системы ДМС и другие проблемы, которые частично перекликаются, а частично - дополняют проблемы ОМС.

Прежде всего к проблемам ДМС можно отнести высокую стоимость, указывают эксперты. Цены на добровольное страхование зачастую «кусаются» и со временем только растут, при этом качество услуг не всегда однородно, покрытие страховки - ограничено, а отсутствие полноценного законодательства и вовсе создаёт вокруг ДМС правовую неопределённость, отметила Л. Рыжих. Неудивительно, что на ДМС в последнее время участились жалобы от россиян.

- В последние годы всё чаще звучит недовольство тем, что ДМС по качеству и скорости обслуживания всё меньше отличается от ОМС. Это связано с высокой нагрузкой на медицинские учреждения: платная страховка не всегда гарантирует быстрое попадание к врачу, а цены на ДМС растут, - указала эксперт А. Белевич.

Эксперт Л. Рыжих подтвердила, что тенденция сближения качества ОМС и ДМС действительно есть. Её наиболее явные признаки - стандартизация протоколов лечения и сокращение спектра уникальных услуг. Кроме того, стра-

ховщики в современной нестабильной экономической ситуации стараются оптимизировать расходы, а компании, выдающие полисы ДМС, на этом фоне стараются сократить свои затраты через ограничение покрытия или повышение платежей по франшизе.

-Таким образом, среди основных причин здесь можно назвать экономическую оптимизацию, соблюдение регуляторных требований со стороны государства (усиление контроля за качеством медицинской помощи способствует тому, что частные клиники и страховщики приводят свою деятельность к единым стандартам), расширение охвата ОМС (рост перечня услуг, финансируемых за счёт обязательного страхования), высокая конкуренция на рынке медицинского страхования (в поисках баланса между ценой полиса и качеством услуг страховщики унифицируют пакеты ДМС с базовыми возможностями ОМС), ограниченность ресурсов частных клиник (дефицит квалифицированных кадров и нехватка современного оборудования приводят к снижению уникальности сервиса), -подытожила эксперт.

Интересно, что всё больше частных клиник становятся участниками ОМС, а не ДМС - это обеспечивает стабильный и надёжный, хотя и не такой большой доход, как и любые государственные выплаты. Сегодня, когда страховщики находятся в условиях финансовой нестабильности и под влиянием рыночных рисков, это становится приоритетом. А с другой стороны, в итоге медицинские услуги стандартизируются, и у ДМС появляется при сравнении с ОМС не так много выгод, как раньше. В итоге ДМС постепенно начинает дублировать ОМС, а не дополнять его, как было задумано изначально.

Реформирование ОМС давно назрело, потому эта тема постоянно поднимается и в СМИ, и в органах власти. Так, недавно в Госдуму вносили законопроект о том, чтобы дать право руководителям регионов передавать функции страховых медицинских организаций территориальным фондам ОМС. Он не прошёл общественное обсуждение: участники подавляющим большинством, 1,3 тыс. против 12, не поддержали его принятие. Тем не менее тенденции налицо - о реформировании ОМС задумываются уже всерьёз. К примеру, много го-

ворят о дифференциации тарифов в системе ОМС. На разных уровнях она уже применяется, указала Л. Рыжих - это коэффициенты на федеральном уровне и поправочные коэффициенты на территориальном. Дальнейшее развитие дифференциации теоретически могло бы снизить нагрузку на систему и учесть реальный вклад россиян, согласилась эксперт А. Белевич.

- В перспективе система должна совершенствоваться и быть дополнена за счёт учёта определённых факторов. Например, это может быть сложность заболевания, которая требует разного уровня затрат на лечение. Также признаком дифференциации может быть профиль и уровень медицинского учреждения, что также предполагает разную обеспеченность таких организаций ресурсами. Кроме того, в систему дифференциации следует включить такой признак, как территориальные и демографические особенности региона (климатические условия, специфика заболеваемости в регионе и т. п.), - предложила Л. Рыжих.

Направление реформ ОМС напрямую зависит от описанных выше проблем этой системы. Требуется увеличение государственного финансирования здравоохранения, формирование единых стандартов и критериев оказания медицинской помощи и её тарификации, активное внедрение цифровизации, усиление контроля за оказанием услуг. При этом необходимо учитывать различные точки зрения и интересы, в том числе страховых компаний и медицинских организаций, указала Л. Рыжих.

-Оптимизация взаимодействия между Министерством здравоохранения, ФОМС, ФНС и региональными органами власти является важным направлением дальнейшего развития системы. При этом, принимая во внимание ограничения бюджетных возможностей, особое значение приобретает поиск эффективных решений для оптимального распределения и использования финансовых ресурсов. Необходимо, чтобы все стремления подчинялись достижению ключевой цели - обеспечение баланса между финансовыми возможностями государства и качеством медицинской помощи для всех категорий граждан, - отметила эксперт.

В идеале все реформы должны привести к формированию устойчивой, прозрачной и эффективной системы здравоохранения, в которой оптимально сочетаются государственное и частное финансирование, а ДМС не заменяет, а дополняет ОМС. Но главное - не повторить американскую модель, где доступ к лечению полностью зависит от вида страховки, предупредила эксперт А. Белевич. Подход России основан на том, что помощь оказывается всем, и это ценно сохранять.

- Реформирование ОМС и ДМС обсуждается постоянно. Предпосылки к этому есть: рост расходов на здравоохранение, запрос общества на справедливость распределения средств, а также кадровые проблемы в медицине. Но каким будет реальное реформирование и когда оно произойдёт - зависит от политических решений и экономических возможностей государства. Пока же ключевая задача - сохранить баланс: доступность помощи для всех граждан и устойчивость самой системы страхования, - отметила эксперт А. Белевич.

ОМС – это огромная и сложная система, и её реформирование в любом случае процесс небыстрый и недешёвый. Текущие предложения и идеи можно назвать «пробными камнями», с помощью которых власть проверяет реакцию и общества, и экспертов, выявляет проблемные места. Но даже когда решение о реформировании будет принято, работа в этом направлении будет идти поэтапно и займёт не один год - эксперт Л. Рыжих в среднем прогнозирует на неё 5–7 лет[9].

Таковы основные проблемы и необходимость реформирования системы ОМС в России. Для того, чтобы подробнее описать текущую ситуацию и перспективные направления развития организации обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан, перейдем к следующей главе курсовой работы.

## 2 Текущая ситуация и перспективные направления развития организации обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан

### 2.1 Общая характеристика организации обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан

В Республике Татарстан (РТ) реализуется система обязательного медицинского страхования (ОМС), которая обеспечивает гражданам доступ к бесплатной медицинской помощи. Страховая медицина в Татарстане представлена системой, которая включает в себя как обязательное, так и добровольное медицинское страхование. Система представляет собой важный элемент здравоохранения, который обеспечивает финансовую защиту и доступ к медицинским услугам для всех слоев населения. Ключевые аспекты отрасли включают: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, партнерство с частными клиниками, инновации, профилактика и программы здоровья, таблица 2.1.1.

Таблица 2.1.1- Ключевые аспекты отрасли страховой медицины в РТ[20]

№ п/п	Аспекты	Описание
1	Обязательное медицинское страхование (ОМС)	ОМС гарантирует предоставление основного перечня медицинских услуг всем гражданам РФ. В республике система ОМС покрывает широкий спектр услуг, включая экстренную помощь, госпитализацию, диагностику и лечение многих заболеваний.
2	Добровольное медицинское страхование (ДМС)	ДМС предлагает расширенный пакет услуг, который может включать специализированную медицинскую помощь, лечение в частных клиниках у специалистов высокого класса и дополнительные услуги.
3	Партнерство с частными клиниками	Многие компании сотрудничают с частными медицинскими учреждениями, предоставляя застрахованным лицам доступ к высококачественным услугам.
4	Инновации	Применение современных технологий, таких как электронные медицинские записи и телемедицина, улучшает качество обслуживания и делает медицинские услуги более доступными.
5	Профилактика и программы здоровья	Страховые пакеты часто включают программы профилактики и поддержания здоровья, что способствует снижению рисков заболеваний и общих затрат на здравоохранение.

Участниками ОМС Республики Татарстан являются: территориальный фонд обязательного медицинского страхования (Республики Татарстан), стра-

ховые медицинские организации (СМО), медицинские организации (поликлиники и больницы).

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (ТФОМС РТ) -это государственное учреждение, цель деятельности которого - реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Татарстана, рисунок 2.1.1.

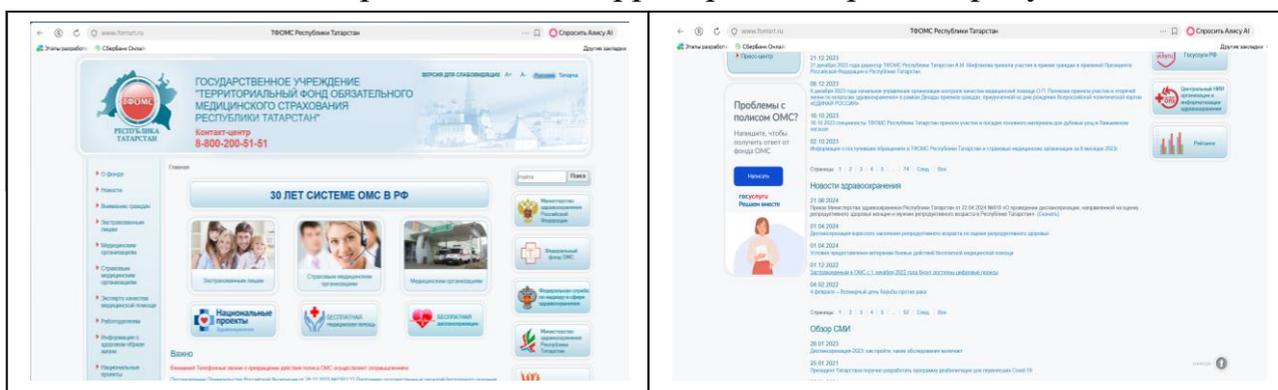


Рисунок 2.1.1- Официальный сайт территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан[20]

Кроме этого, участниками ОМС являются множество страховых медицинских организаций. ООО «СК «АК БАРС-Мед», которая одной из крупнейших компаний на рынке обязательного и добровольного медицинского страхования. Она предоставляет услуги по обязательному страхованию жителям республики, обеспечивая им доступ к бесплатной медицинской помощи в рамках программы ОМС[17].

Более того, в регионе работает ряд организаций, которые предоставляют услуги в рамках системы страховой медицины. К ним относятся как крупные федеральные страховщики, так и региональные учреждения, например: а)Росгосстрах- одна из крупнейших организаций в России, предлагающая широкий спектр услуг ОМС и ДМС; б) СОГАЗ- компания с федеральным охватом, предоставляющая комплексные программы для физических и юридических лиц; в) Ингосстрах- учреждение с долгой историей, предлагающая различные виды страхования, включая медицинское; г) АльфаСтрахование- компания, известная своими инновационными подходами в страховании и широким ассортиментом продуктов; д) РЕСО-Гарантия- имеет разветвленную сеть филиалов

по всей России и предлагает разнообразные программы, в том числе медицинское страхование. Организации предоставляют различные планы и программы, которые позволяют гражданам выбирать подходящий уровень покрытия и доступ к медицинским услугам. Помимо этих крупных игроков, в Татарстане также работают местные организации, которые могут предлагать специализированные услуги, адаптированные под нужды региона. Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, ведётся Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (ТФОМС)[17].

Основными нормативно-правовыми актами, регулирующие деятельность ОМС в Татарстане являются: Закон Республики Татарстан от 28.11.2024 №88-ЗРТ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»[2]; Постановление КМ РТ от 30.12.2023 №1757 (ред. от 29.06.2024) «Об утверждении программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»[3].

Территориальная программа ОМС -это составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Татарстана, утверждённой Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.01.2025 №48. Программа сформирована с учётом порядков оказания медицинской помощи и стандартов, а также особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости. Программа направлена на: обеспечение доступной и качественной медицинской помощи; сохранение и укрепление общественного здоровья; создание условий для ведения здорового образа жизни; формирование культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью. Программа устанавливает перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, порядок и условия её оказания, перечень заболеваний и состояний, при которых помощь предоставляется бесплатно, и другие параметры.

В рамках Территориальной программы ОМС застрахованным лицам при заболеваниях и состояниях, указанных в программе, оказываются следующие виды услуг: а) первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь (профилактические медицинские осмотры, диспансеризация, углублённая диспансеризация); б) скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации); в) специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, в стационарных условиях и условиях дневного стационара; г) профилактическая помощь - профилактические медицинские осмотры, диспансеризация, углублённая диспансеризация; гражданин имеет право не реже одного раза в год на бесплатный профилактический медицинский осмотр, в том числе в рамках диспансеризации; д) мероприятия по медицинской реабилитации - осуществляются в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, а при невозможности - вне медицинской организации на дому или силами выездных медицинских бригад.

Особенностями порядка получения медицинской помощи по полису ОМС в Республике Татарстан являются: право на выбор медицинской организации - гражданин выбирает её не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания); право на выбор врача - при получении первичной медико-санитарной помощи гражданин может выбрать участковых врачей (терапевта, педиатра, фельдшера) с учётом согласия врача; внеочередное оказание медицинской помощи - например, плановая медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается гражданам во внеочередном порядке по месту прикрепления; направление пациента на плановую госпитализацию - лечащий врач оформляет направление на госпитализацию, при этом обязательным является указание даты выдачи направления и формы её оказания (неотложная, плановая).

Источником финансового обеспечения Территориальной программы ОМС являются средства ОМС. Однако есть и особенности финансирования:

1) За счёт средств бюджета Республики Татарстан осуществляется финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС. Например, финансируется скорая медицинская помощь при заболеваниях, не включённых в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путём, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретённого иммунодефицита, туберкулёз, психические расстройства и расстройства поведения).

2) Для страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, установлен норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию - например, 0,85% от суммы средств, поступивших в страховую организацию по дифференцированным подушевым нормативам.

Контроль за реализацией программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Татарстана, осуществляется: ТФОМС Республики Татарстан, комиссией по разработке территориальной программы ОМС, Министерством здравоохранения Республики Татарстан. Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (ТФОМС Республики Татарстан) - ведёт реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальной программе ОМС. Комиссия по разработке территориальной программы ОМС ведёт отдельный контроль за исполнением медицинскими организациями объёмов проведённых профилактических осмотров и диспансеризации, чтобы не допустить их снижения. Министерство здравоохранения Республики Татарстан осуществляет полномочия по заключению тарифного соглашения об оплате медицинской помощи по территориальной программе ОМС, разработке и представлению на утверждение Комиссии по тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках реализации преимущественно одноканального финансирования через систему ОМС.

Итак, выше была рассмотрена общая характеристика организации обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан. Данная деятельность осуществляется на основании действующих нормативно-правовых актов федерального и регионального уровня. Основными участниками ОМС РТ являются: территориальный фонд обязательного медицинского страхования (Республики Татарстан), страховые медицинские организации (СМО), медицинские организации (поликлиники и больницы). Источником финансового обеспечения Территориальной программы ОМС являются средства ОМС. Контроль за реализацией программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Татарстана, осуществляется: ТФОМС Республики Татарстан, комиссией по разработке территориальной программы ОМС, Министерством здравоохранения Республики Татарстан. Для того, чтобы дать оценку осуществления обязательного медицинского страхования и рассмотреть перспективные направления реформы ОМС в Республике Татарстан, перейдем к следующему параграфу курсовой работы.

## **2.2 Оценка осуществления обязательного медицинского страхования и перспективные направления реформы ОМС в Республике Татарстан**

Рассмотрим основные итоги деятельности системы здравоохранения Республики Татарстан за 2024 год [18].

1) Общая демографическая ситуация в РТ. Среди субъектов РФ Республика Татарстан входит в двадцатку лидеров по низкому показателю общей смертности и показателю естественного прироста (по смертности – 22-е место, по убыли – 20-е место). По итогам 2024 года наблюдается: естественная убыль населения на 2,5% или на 9 742 человека (родилось 35 319 человек, умерло 45 061 человек. Рост смертности на 4,4%, показатель составил 11,27 на 1 000 населения. Младенческая смертность – снизилась на 16,1%, показатель составил 2,6 на 1 000 детей, родившихся живыми (90 детей) [18].

Возросло число умерших от: внешних причин – на 53,2%; болезней нервной системы – на 39,6%; болезней органов пищеварения – на 30,0%; болезней эндокринной системы – на 22,5%; болезней органов дыхания – на 19,9%; от новообразований – на 2,7%. В структуре общей смертности населения: на первом месте – болезни системы кровообращения – 39,8% (450,6 на 100 тыс. населения); на втором месте – новообразования – 15,9% (180,0 на 100 тыс. населения); на третьем месте – внешние причины – 11,6% (130,7 на 100 тыс. населения); на четвертом месте – болезни органов пищеварения – 7,8% (88,4 на 100 тыс. населения); на пятом месте – болезни эндокринной системы – 7,0% (79,6 на 100 тыс. населения).

В целях сохранения репродуктивного здоровья и повышения рождаемости в Республике Татарстан внедрен комплекс мероприятий, направленных на профилактику абортот: в работу 64 медицинских организаций государственной формы собственности и 34 учреждений частной формы собственности внедрено мотивационное анкетирование женщин, находящихся в ситуации репродуктивного выбора. За 2024 год проведено мотивационное анкетирование 3 076 женщин, что составило 98,8% от общего количества обратившихся в медицинские организации с намерением прервать беременность; открыт Республиканский центр кризисной беременности на базе ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани и его филиалы в 7 межмуниципальных центрах. За 2024 год процент отказов от прерывания беременности у женщин, обратившихся с намерением прервать беременность в центры кризисной беременности, составил 54,7% (2023 год – 34,6%, 2022 год – 15,0%)[18].

В целях снижения младенческой смертности основные мероприятия были направлены на: снижение числа преждевременных родов (своевременная маршрутизация); снижение младенческой смертности от врожденных пороков развития[(выявление критических врожденных пороков сердца и легочной гипертензии новорожденных (внедрение в родильных домах скрининг-метода пульсоксиметрии)]; недопущение случаев смертности от внешних причин (развитие медико-социальной службы по сопровождению детей, находящихся в трудной

жизненной ситуации и социально опасном положении); реализация проекта по расширенному неонатальному скринингу на врожденные и (или) наследственные заболевания; с целью профилактики внезапной смерти младенца внедрено проведение ЭКГ новорожденным в родильных домах и детям до 1 года в детских поликлиниках. Специалистами реанимационно-консультативного центра ДРКБ за 2024 год осуществлено 1 847 выездов, в том числе 1 547 выездов к новорожденным. На более высокий уровень оказания медицинской помощи транспортирован 1 141 ребенок, в том числе 912 новорожденных.

С целью снижения смертности от болезней системы кровообращения в сосудистые центры госпитализированы 19 717 пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, в ЧКВ-центры – 13 800 пациентов с острым коронарным синдромом. За 2024 год снизилась больничная летальность от инфаркта миокарда до 6,5% (при плановом значении на 2024 г. – 8,1%), в 2024 году увеличилось количество рентгеноэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях – 9 199, что на 13,0% больше значения аналогичного периода 2023 года (8 141).

За 2024 год количество впервые выявленных случаев злокачественных новообразований составило 18 207 случаев, что на 0,3% больше, чем в 2023 году (18 152). Доля больных, состоящих на учете 5 и более лет, по сравнению с 2023 годом увеличилась на 0,3% и составила 60,4%. В первичных онкологических кабинетах осмотрены 190 338 человек, в Республиканский клинический онкологический диспансер для уточнения диагноза направлены 24 477 человек (12,9%), из них у 17 134 человек (70,0%) диагноз подтвержден.

2) Реализация национальных проектов в РТ. В 2024 году в Республике Татарстан в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализовывались 8 региональных проектов. На их реализацию предусмотрено финансирование в объеме 3 625,8 млн. рублей, в том числе: средства федерального бюджета – 2 368,0 млн. рублей, средства бюджета РТ – 1 257,8 млн. рублей. На 31.12.2024 освоено 3 622,05 млн. рублей (100,0%)[18].

По национальному проекту «Демография» Минздрав РТ участвует в реализации 3 региональных проектов. На их реализацию предусмотрено финансирование в объеме 577,8 млн. рублей, в том числе: средства федерального бюджета – 0,44 млн. рублей, средства бюджета РТ – 577,36 млн. рублей. На 31.12.2024 освоено 567,8 млн. рублей (98,3%). За Минздравом РТ закреплено 36,0% показателей от общего количества показателей, закрепленных за РТ (РТ – 166 показателей; МЗ РТ – 60 показателей). По итогам 2024 года плановые значения достигнуты по всем показателям[18].

За 2024 год в рамках федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» специалистами 34 национальных медицинских исследовательских центров, 8 федеральных государственных автономных медицинских образовательных учреждений, 27 федеральных научно-клинических, научно-практических центров проведено 3789 телемедицинских консультаций 3 720 пациентам, в том числе детям. Телемедицинские консультации проводились по различным заболеваниям (сердечно-сосудистым, онкологическим, нейрохирургическим, акушерско-гинекологическим, гематологическим, офтальмологическим, психиатрическим, наркологическим, инфекционным, туберкулезу, заболеваниям опорно-двигательного аппарата и т.д.).

В республике продолжается оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе по профилю «трансплантология». По итогам 2024 года выполнено 193 трансплантации органов (2023 г. – 223, 2022 г. – 137, 2021 г. – 71), из них: 99 пересадок почек у взрослых (2023 г. – 115, 2022 г. – 80, 2021 г. – 44); 56 пересадок печени (2023 г. – 72, 2022 г. – 50, 2021 г. – 24); 22 пересадки сердца (2023 г. – 26, 2022 г. – 7, 2021 г. – 3); 15 аутологичных трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток у взрослых и детей (2023 г. – 11); 1 пересадка почки у ребенка.

Медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация» в условиях круглосуточных и дневных стационаров, а также амбулаторно-поликлинических условиях 30 медицинских организаций получают все пациен-

ты с нарушением функций центральной нервной системы, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, а также с последствиями заболеваний соматического профиля (в том числе кардиологического и после перенесенной коронавирусной инфекции), нуждающиеся в восстановительном лечении. За 11 месяцев 2024 года медицинскую реабилитацию получили 34 547 пациентов, в том числе: в условиях круглосуточного стационара – 13 558 пациентов, в амбулаторных условиях – 20 989 пациентов.

Медицинская помощь по профилю «медицинская реабилитация» оказана 8 139 детям, из них 2 686 детям – в условиях круглосуточных стационаров, 5 450 детям – на базе дневных стационаров. В оказании паллиативной помощи участвуют: взрослому населению – 56 государственных медицинских организаций и 1 некоммерческое медицинское частное учреждение «Детский хоспис»; детскому населению – 5 государственных медицинских организаций и 1 некоммерческое медицинское частное учреждение «Детский хоспис».

Паллиативная помощь взрослому населению в условиях круглосуточного стационара оказывается на 361 паллиативной койке и 53 паллиативных койках для детского населения. За 2024 год стационарная паллиативная медицинская помощь оказана 2 175 взрослым пациентам, 84 детям. Работают: 10 отделений выездной паллиативной службы для взрослых, 2 отделения выездной паллиативной службы для детей, 32 выездные патронажные бригады для взрослых. Выездными отделениями паллиативной медицинской помощи выполняются консультативные посещения на дому и в медицинских организациях. За 2024 год выполнено: 31 358 посещений к взрослым пациентам и 3 325 посещений к 154 детям. К врачам-специалистам, в том числе с выездной службой, зарегистрировано 12 275 посещений. Во всех муниципальных образованиях республики в амбулаторно-поликлинических учреждениях функционируют кабинеты паллиативной медицинской помощи с выездной патронажной службой (47 кабинетов). Паллиативная помощь в амбулаторных условиях оказана 12 405 взрослым пациентам и 438 детям.

В медицинских организациях Республики Татарстан оказывается медицинская помощь участникам СВО и членам их семей. С декабря 2022 года по декабрь 2024 года медицинская помощь оказана 17 495 участникам СВО. Круглосуточные койки функционируют на базе: Республиканская клиническая больница – 300 коек, Городская клиническая больница № 7 имени М.Н. Садыкова г. Казани – 100 коек, Госпиталь для ветеранов войн г. Казани – 60 коек.

Центром ответственности по оказанию медицинской помощи участникам СВО и членам их семей являются госпитали для ветеранов войн г. Казани и г. Набережные Челны. За 2024 год в госпиталях для ветеранов войн пролечено 2 364 участника СВО, в том числе: в условиях круглосуточного стационара – 394 человека; в условиях дневного стационара – 129 человек; в амбулаторных условиях – 1 774 человека, в том числе в рамках амбулаторной медицинской реабилитации – 91 человек. Во внеочередном порядке организовано оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», помощь оказана 1 356 пациентам из числа мобилизованных граждан и членов их семей. Функционирует 70 кабинетов медико-психологического консультирования. За 2024 год медицинскими психологами указанных кабинетов проконсультированы 823 участника СВО и 2 013 членов их семей и семей погибших, в том числе 169 детей (в 2023 году – 343 участника СВО и 1 055 членов их семей, в том числе 88 детей).

Врачами-психиатрами Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева и центральных районных больниц республики за 2024 год специализированная психиатрическая и психотерапевтическая помощь в амбулаторных условиях оказана 114 участникам СВО и 135 членам их семей, в том числе 25 детям, в стационарных условиях – 49 участникам СВО и 43 членам их семей, в том числе 6 детям. Проводится работа в филиале Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» в Республике Татарстан с обратившимися участниками СВО и их родственниками, семьями погибших. За 2024 год медицинскими психологами проведено 1 410 консультаций.

3)Профилактическая помощь, диспансеризация в РТ. За 2024 год в центрах здоровья обследовано 69 328 человек: 50 278 взрослых, из них признаны здоровыми 11 695 человек (23,2%); 19 050 детей, из них признаны здоровыми 6 321 человек (33,2%). Мобильным центром здоровья для детей проведено 4 выезда, осмотрено 80 детей. Осмотрено в рамках: диспансеризации – 1 160 164 человека (90,0% от плана на год); профилактического медицинского осмотра – 342 820 человек (93% от плана на год); углубленной диспансеризации – 207 322 человека (107% от плана на год). В целях проведения диспансеризации жителей удаленных населенных пунктов осуществлены выезды 5 мобильных комплексов в 37 районов (180 населенных пункта), осмотрено 50 047 человек (94 370 посещений). Совместно с Минтрудом РТ для обеспечения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, обеспечена доставка в медицинские организации и обратно к месту жительства 69 849 человек, или 122,3% от планового показателя на год (57 079 человек).

4) Информатизация здравоохранения в РТ. С 2019 года цифровизация отрасли здравоохранения осуществляется в рамках национального проекта «Здравоохранение». По данным Министерства здравоохранения РФ, все 6 основных показателей за 2024 год выполнены. Реализовано поручение Президента РФ В.В. Путина о переходе на единую медицинскую информационную систему. В настоящее время государственные медицинские организации Республики Татарстан осуществляют работу в государственной информационной системе «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» (ГИС ЭЗ РТ), с информационными системами МКДЦ и РКБ налажено интеграционное взаимодействие.

В рамках ГИС ЭЗ РТ обеспечено формирование электронной медицинской карты граждан с последующим оформлением требуемых Минздравом России структурированных электронных медицинских документов (СЭМД). Таким образом, обеспечивается интеграция медицинской информационной системы республики в федеральные базы.

Все основные данные об отрасли здравоохранения погружены в ГИС ЭЗ РТ (регистр медицинских работников, база населения, данные о зданиях, графиках приема, медицинском оборудовании и т.д.). Создан регистр пациентов с жизнеугрожающими состояниями для своевременного оказания специализированной лечебно-диагностической помощи, осуществлен переход на использование электронной медицинской карты пациента. Электронная запись на прием к врачу успешно реализуется на всей территории Республики Татарстан. Общее число записей за 2024 год составило более 17 миллионов (2023 год – более 14 миллионов).

На сегодняшний день каналами электронной записи пациента к врачу являются: федеральный и региональный порталы государственных услуг (ЕПГУ и РПГУ); мобильные приложения ЕПГУ и РПГУ; контакт-центры Республиканского медицинского информационно-аналитического центра (РМИАЦ) и медицинских организаций, служба 122; запись от врача к врачу; инфоматы; терминалы электронной записи. Анализ обратной связи производится через сбор обращений, поступающих в контакт-центр РМИАЦ, на платформу службы 122, систему «Народный контроль», портал обратной связи ЕПГУ, а также по данным страховых медицинских организаций. Технических сбоев в настоящее время не зафиксировано, система работает в штатном режиме. В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» на 2024 год был установлен контрольный показатель «Доля записей на прием к врачу, совершенных гражданами дистанционно, – 63,0%». По итогам 2024 года показатель выполнен и составил 74,0%.

5) Финансирование здравоохранения в РТ. За 2024 год финансирование здравоохранения в целом составило 105,7 млрд. рублей (без учета расходов на капитальные вложения), в том числе: средства ОМС – 69,3 млрд. рублей; средства бюджета, передаваемые в бюджет Территориального фонда ОМС РТ на реализацию преимущественно одноканального финансирования через систему ОМС, – 9,5 млрд. рублей; средства из бюджета Республики Татарстан – 21,8 млрд. рублей; средства из федерального бюджета – 5,1 млрд. рублей, из них на

лекарственное обеспечение – 2,7 млрд. рублей. Стоимость Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан составила 100,7 млрд. рублей (соотношение средств бюджета и средств ОМС – 31,4 и 68,6% соответственно). Объем доходов, полученных государственными учреждениями здравоохранения от осуществления деятельности, приносящей доход, за 2024 год составил 8 млрд. рублей (107,7% от годового плана на 2024 год) [18].

Итак, выше были кратко рассмотрены основные итоги деятельности системы здравоохранения Республики Татарстан за 2024 год. Бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Татарстана на 2026 год запланирован в размере 100,1 млрд. руб. На 2027 год доходы и расходы ТФОМС прогнозируются на уровне 107 млрд. руб., на 2028 год - 111,8 млрд. руб. Об этом сообщила директор ТФОМС Татарстана А. Мифтахова на заседании Госсовета республики. Основным источником доходов ТФОМС - субвенция из федерального фонда ОМС, которая в 2026 году составит 87 млрд. руб., что на 6,3 млрд. руб. больше, чем в 2025 году. Расчет произведен на 3,8 млн. застрахованных лиц. Поступления за медицинскую помощь жителям других регионов ожидаются в объеме 1,2 млрд. руб. Межбюджетные трансферты из бюджета Татарстана составят 11,9 млрд. руб. [6]

С 2026 года в программу ОМС войдут новые виды медпомощи: вакцинация от пневмококка для лиц старше 65 лет с тремя и более хроническими инфекционными заболеваниями, дистанционное наблюдение за пациентами с гипертонией и диабетом, пренатальное тестирование беременных и трансплантация почки. Финансирование онкологической помощи увеличится на 838 млн. руб. и составит 8,5 млрд. руб. Нормативы по ЭКО повысятся на 15,0%. Расходы на лечение жителей Татарстана в других регионах прогнозируются в размере 2 млрд. руб. На мероприятия, не входящие в базовую программу ОМС, предусмотрено 11,9 млрд. руб. из бюджета республики. Из них на лечение социально значимых заболеваний направят 7,8 млрд. руб., на высокотехнологичную мед-

помощь - 3,2 млрд. руб., на паллиативную помощь - 700,6 млн. руб., на льготное зубопротезирование - 177,5 млн. руб.[6].

Таким образом, несмотря на то, что в Республике Татарстан проводится множество мероприятий по улучшению качества работы системы здравоохранения, тем не менее можно выделить ряд недостатков: слабое взаимодействие программ обязательного (ОМС) и добровольного (ДМС) медицинского страхования(как и в целом по РФ); нет активного применения искусственного интеллекта (ИИ) в системе ОМС; недостаточная цифровизация взаимодействия населения и участников ОМС. В связи с этим, целесообразно предложить мероприятия, которые будут способствовать реформе ОМС в Республике Татарстан, таблица 2.2.1.

Таблица 2.2.1- Проблемы и пути решения организации ОМС в Татарстане

№ п/п	Проблемы	Пути решения
1	Слабое взаимодействие программ обязательного (ОМС) и добровольного (ДМС) медицинского страхования	Апробация новой модели медицинского страхования, которая объединит обязательное и добровольное страхование с акцентом на профилактику заболеваний
2	Нет активного применения искусственного интеллекта (ИИ) в системе ОМС	Внедрение искусственного интеллекта (ИИ) в систему ОМС региона
3	Недостаточная цифровизация взаимодействия населения и участников ОМС	Улучшение цифрового взаимодействия населения и участников ОМС (группы в мессенджере МАХ)

Рассмотрим подробнее.

Мероприятие 1. Апробация новой модели медицинского страхования, которая объединит обязательное и добровольное страхование с акцентом на профилактику заболеваний в Республике Татарстан. Страховщики призывают изменить программы ОМС и ДМС, а Татарстан может стать одним из пилотных регионов внедрения [11][19](Приложение А).

Мероприятие 2. Внедрение искусственного интеллекта (ИИ) в систему ОМС Республики Татарстан. С 2025 года в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) началось масштабное внедрение искусственного интеллекта (ИИ). По словам председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования И. Баланина, за первые полгода 2025 года нейросети

проанализировали 2,7 млн. медицинских исследований. Основные направления применения ИИ в ОМС: а) Медицинская диагностика: ИИ позволяет добиться высокой точности в постановке диагноза; при этом последнее слово остаётся за врачом - ИИ облегчает его работу, служит инструментом поддержки принятия врачебных решений, но не заменяет доктора; б) Расширение функций ИИ: теперь его можно применять в рентгенографии, флюорографии, компьютерной томографии органов грудной клетки; в) Создание цифрового медицинского профиля: Профиль содержит информацию обо всех пройденных обследованиях, назначенных курсах лечения и полученных услугах по ОМС[7].

В 2026 году планируется дальнейшее расширение применения ИИ. В частности, будут добавлены услуги использования ИИ при проведении ЭКГ, колоноскопии, организации посещений врачей по медицинской профилактике, врачей-терапевтов. Также планируется, что в ОМС будут включены информационные системы для сбора данных о показателях артериального давления и уровня глюкозы крови пациентов при проведении дистанционного мониторинга здоровья[8][22]. Таким образом, ИИ начал внедряться в российскую систему ОМС, поэтому на уровне региона- РТ необходима реализация мероприятий, которые также будут способствовать развитию ИИ в системе ОМС Татарстана.

Мероприятие 3. Улучшение цифрового взаимодействия населения и участников ОМС в Республике Татарстан. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) создал официальный канал в национальном мессенджере Мах, сообщает пресс-служба организации. Запуск канала отвечает стратегической задаче ФОМС по повышению информированности населения. Пользователи Мах смогут получать из первоисточника актуальные сведения о работе системы ОМС: новости фонда, разъяснения по ключевым вопросам обязательного медицинского страхования, инструкции по использованию полиса ОМС, информацию о правах застрахованных лиц и другое[21].

«Мы стремимся к тому, чтобы каждый застрахованный в ОМС мог легко найти информацию о возможностях системы, в том числе, ответы на вопросы о полисе и правах на медицинскую помощь. Канал в Мах позволит нам опера-

тивно предоставлять информацию в привычном для многих формате», - отмечают представители фонда. Федеральный фонд ОМС ведет также страницы в социальных сетях «ВКонтакте» и «Одноклассники», где публикуются новости системы ОМС, размещаются разъяснения по актуальным вопросам обязательного медицинского страхования, инфографика о правах застрахованных, видеоконсультации экспертов, памятки по использованию полиса ОМС, тематические посты о профилактике заболеваний[21].

Несмотря на то, что в Республике Татарстан развивается цифровое взаимодействие в системе ОМС, тем не менее необходимо это взаимодействие постоянно совершенствовать. На сегодняшний день, наиболее яркая цифровая площадка- национальный мессенджер «Мах», рисунок 2.2.1[12].

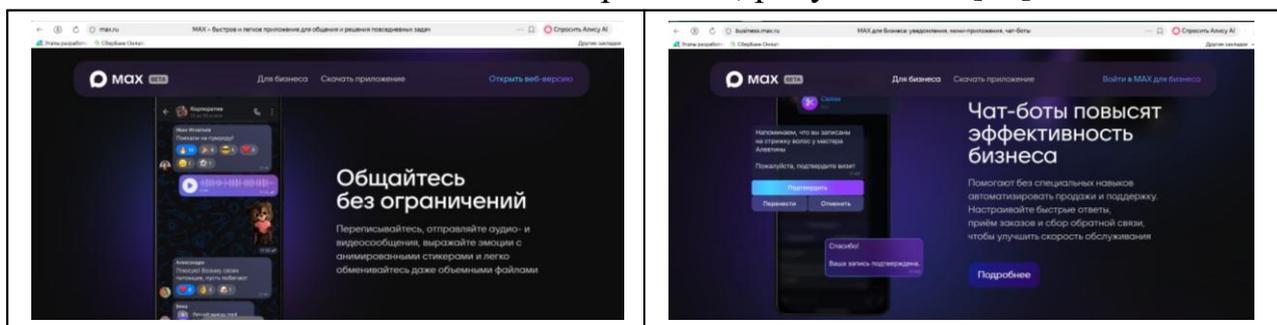


Рисунок 2.2.1- Мессенджер «Мах». Официальный сайт[12]

Мессенджер Мах появился в марте 2025 года, при этом власти признали его как национальный мессенджер только в июне. С тех пор аудитория площадки превысила 30 млн. человек, только за месяц здесь заблокировали 67 000 подозрительных аккаунтов, а еще здесь появились свои каналы. В настоящее время мессенджер имеет множество функций, его также можно использовать для проведения интервью. В нём доступны звонки и видеосвязь, что позволяет устраивать онлайн-собеседования. Опросы в групповых чатах, любых мессенджеров, давно стали быстрым и эффективным средством для отслеживания мнения пользователей (участников этого чата) на интересующие вопросы. Это помогает принять коллегиальное решение, выбрать правильный ракурс работы в чате[12]. Таким образом, создание групп в мессенджере «Мах» региональным фондом обязательного медицинского страхования Республики Татарстан, а также других участников системы ОМС региона, позволит повысить цифрови-

зацию отрасли и тем самым улучшит цифровое взаимодействие. Все выше предложенные мероприятия, направленные на реформирование системы ОМС в Республике Татарстан, будут способствовать повышению качества оказания медицинских услуг и развитию системы ОМС в регионе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обязательное медицинское страхование (ОМС) в России - это государственная система, которая обеспечивает гражданам право на бесплатную медицинскую помощь. Регулируется Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. от 28.11.2025 N 430-ФЗ). В настоящее время предусмотрены федеральная и территориальные программы ОМС. Федеральная программа охватывает единый набор услуг, обязательный для всех граждан России. Она определяет стандарты лечения и перечень бесплатных процедур. Территориальные программы дополняют федеральную - в зависимости от потребностей конкретного региона.

По полису ОМС можно получить следующие виды медицинских услуг: первичную помощь у терапевта, педиатра, врача общей практики, а также узких специалистов в поликлинике; скорую медицинскую помощь; специализированную и высокотехнологичную помощь в стационарах и амбулаторно (по направлению); профилактические мероприятия: диспансеризацию и вакцинацию по Национальному календарю; паллиативную помощь.

В основе системы ОМС лежит принцип солидарного финансирования: работодатели отчисляют страховые взносы за работающих граждан, а за неработающих (детей, пенсионеров, безработных) платит государство через региональные бюджеты. Эти средства аккумулируются в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (ФФОМС). ФФОМС выступает как центральный финансовый регулятор: он устанавливает единые стандарты оказания медпомощи, распределяет средства между территориальными фондами ОМС (ТФОМС), которые действуют в каждом регионе.

Для исследования оценки работы системы ОМС был выбран регион- Республика Татарстан (РТ). В настоящее время в РТ реализуется система обязательного медицинского страхования (ОМС), которая обеспечивает гражданам доступ к бесплатной медицинской помощи. Страховая медицина в Татарста-

не представлена системой, которая включает в себя как обязательное, так и добровольное медицинское страхование. Данная деятельность осуществляется на основании действующих нормативно-правовых актов федерального и регионального уровня. Основными участниками ОМС РТ являются: территориальный фонд обязательного медицинского страхования РТ, страховые медицинские организации (СМО), медицинские организации (поликлиники и больницы). Источником финансового обеспечения Территориальной программы ОМС являются средства ОМС. Контроль за реализацией программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Татарстана, осуществляется: ТФОМС РТ, комиссией по разработке территориальной программы ОМС, Министерством здравоохранения РТ.

Несмотря на то, что в Республике Татарстан проводится множество мероприятий по улучшению качества работы системы здравоохранения, тем не менее были выделены ряд недостатков: слабое взаимодействие программ обязательного (ОМС) и добровольного (ДМС) медицинского страхования (как и в целом по РФ); нет активного применения искусственного интеллекта (ИИ) в системе ОМС; недостаточная цифровизация взаимодействия населения и участников ОМС. В связи с этим, были предложены мероприятия, которые будут способствовать реформе ОМС в регионе: апробация новой модели медицинского страхования, которая объединит обязательное и добровольное страхование с акцентом на профилактику заболеваний; внедрение искусственного интеллекта (ИИ) в систему ОМС региона; улучшение цифрового взаимодействия населения и участников ОМС с помощью создания групп в мессенджере «Мах» региональным фондом обязательного медицинского страхования Республики Татарстан, а также других участников системы ОМС региона. Предложенные мероприятия, будут способствовать реформированию системы ОМС в Республике Татарстан, а это положительно повлияет на качество оказания медицинских услуг в регионе. Постоянный поиск новых путей улучшения системы ОМС позволит поддерживать необходимый уровень медицинской отрасли.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1.Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. от 28.11.2025 N 430-ФЗ);

2.Закон Республики Татарстан от 28.11.2024 №88-ЗРТ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;

3.Постановление КМ РТ от 30.12.2023 №1757 «Об утверждении программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (ред. от 29.06.2024);

4.Роик, В. Д. Медицинское страхование. Страхование от несчастных случаев на производстве и временной утраты трудоспособности : учебник для вузов / В. Д. Роик. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : Издательство Юрайт, 2025. - 317 с.

5.Цыганова, О.А. Медицинское страхование: Учебное пособие. Гриф МО РФ / О.А. Цыганова. - М.: ИНФРА-М, 2025 г., с.176.

6.Бюджет фонда ОМС Татарстана на 2026 год запланирован в размере 100,1 млрд. рублей [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/8161060>;

7.Баланин: искусственный интеллект стал важной частью системы ОМС [Электронный ресурс]// Режим доступа:<https://ria.ru/20250827/balanin-2037899298.html>;

8.Глава ФФОМС Илья Баланин - о том, может ли ИИ заменить врача и когда у каждого россиянина появится личный медицинский профиль [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://rg.ru/2025/05/22/drug-vracha.html>;

9. Заплатят все: какой будет и чем обернется для россиян реформа системы ОМС [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://dzen.ru/a/aOZPD-LtMxAiPFAq>;

10. Искусственный интеллект в медицине: как развивается система ОМС в 2025 году [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://dzen.ru/a/aDrabGgYIDFEmv33>;

11. Испытательный полигон: Татарстан может стать первым регионом, где проведут реформу ОМС [Электронный ресурс]// Режим доступа: [https://dzen.ru/a/aO4ROaNCZnqRRQ\\_j](https://dzen.ru/a/aO4ROaNCZnqRRQ_j);

12. Мессенджер «Мах». Официальный сайт [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://max.ru/>;

13. Обязательное медицинское страхование: модель татарстана [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://www.insur-info.ru/press/90643/>

14. Показатели деятельности ТФОМС Республики Татарстан [Электронный ресурс]// Режим доступа: [https://www.fomsrt.ru/about/performance/index.php?ELEMENT\\_ID=4762](https://www.fomsrt.ru/about/performance/index.php?ELEMENT_ID=4762)

15. Система ОМС в РФ [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/>

16. Счетная палата проанализировала российскую систему ОМС [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://ach.gov.ru/checks/13709>;

17. Страховые компании в Татарстане [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://www.tatar-inform.ru/references/structure/list/strahovaya-medicina>;

18. Справка об итогах деятельности системы здравоохранения Республики Татарстан в 2024 году [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://minzdrav.tatarstan.ru/file/minzdrav/File/справка%20к%20коллегии.pdf>

19. Татарстан может стать пилотным регионом для реформы ОМС [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://dzen.ru/a/aO1ppKNCZnqRMdjw>;

20. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан. Официальный сайт [Электронный ресурс]// Режим доступа: <https://www.fomsrt.ru/>;

21.ФОМС запустил официальный канал в национальном мессенджере  
Мах <https://ria.ru/20251119/foms-2055920570.html>;

22.Электронные сервисы для здоровья и долголетия: как развитие цифро-  
вых технологий в ОМС поможет продлить жизнь россиянам [Электронный ре-  
сурс]// Режим доступа: <https://www.kp.ru/daily/27735/5162642/>

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**