

СОЦИАЛЬНЫЕ НОРМАТИВЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Оригинальная статья

УДК 614.2

DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-2-41-49

АННОТАЦИЯ

Актуальность. В условиях трансформации социальных нормативов в здравоохранении и усиления международных правовых основ, настоящее исследование акцентирует внимание на важности минимальных социальных гарантий. Социальные нормативы становятся ключевым инструментом для планирования и оптимизации ресурсов системы здравоохранения, что делает их особенно значимыми в рамках достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами.

Цель исследования: провести анализ эволюции социальных нормативов в системе здравоохранения Российской Федерации, проследить их преобразование в структуру Программы государственных гарантий и обосновать их ключевое значение для обеспечения всеобщего доступа граждан к медицинской помощи, в том числе с учетом международного опыта.

Материалы и методы. Методологическую основу исследования составили сравнительный институциональный анализ, дополненный методами нормативно-правового анализа и исторической ретроспективы. Эмпирическая база была сформирована на основании изучения официальных нормативных актов, отчетов министерств здравоохранения и фондов обязательного медицинского страхования, публикаций международных организаций (ВОЗ, Организации экономического сотрудничества и развития, МОТ, Всемирного банка) и др.

Результаты. В статье исследуется эволюция социальных нормативов в здравоохранении Российской Федерации от региональных стандартов 1990-х годов к современной Программе государственных гарантий. На основе сравнительного анализа международного опыта (Республика Беларусь, Кыргызская Республика, Великобритания, Германия) и исторической ретроспективы российского законодательства, выявлены ключевые подходы к формированию гарантированных объемов медицинской помощи. Особое внимание уделено трансформации социальных нормативов в нормативы Программы государственных гарантий, расширению их перечня и значению для обеспечения всеобщего доступа граждан к медицинской помощи. Обоснована важность социальных нормативов для расчёта необходимых ресурсов с учётом специфики организации системы здравоохранения, включая порядки оказания медицинской помощи и положения об организации видов медицинской помощи. Предложены направления совершенствования методологии расчёта нормативов для повышения доступности и качества медицинской помощи.

Заключение. Исследование показывает ключевую роль социальных нормативов в обеспечении всеобщего доступа к медицинской помощи в Российской Федерации. Для реализации конституционного права граждан на охрану здоровья необходимо дальнейшее совершенствование системы нормативов и их финансового обеспечения как элемента национальной безопасности.

Ключевые слова: социальные нормативы, социальные гарантии, здравоохранение, Программа государственных гарантий, всеобщий доступ, финансирование, международный опыт.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Обухова О.В., Богданова Т.Г. Социальные нормативы в здравоохранении: международный и отечественный опыт. Здравоохранение стран СНГ. 2026; 2(2):41-49. DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-2-41-49

ОБУХОВА

Ольга Валерьевна¹

кандидат политических наук

ORCID: 0000-0002-2745-8383, SPIN: 1483-9937

БОГДАНОВА

Татьяна Геннадьевна¹

доктор медицинских наук

ORCID: 0000-0001-5485-8633, SPIN: 6159-0938

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Добролюбова, д. 11, г. Москва, 127254, Россия.

© Обухова О.В., Богданова Т.Г., 2026 г.



Обухова Ольга Валерьевна

E-mail: obuhova@mednet.ru



ВВЕДЕНИЕ

Обеспечение достойного уровня жизни граждан является конституционной обязанностью социального государства. В Российской Федерации статья 7 Конституции¹ закрепляет государственную поддержку семьи, инвалидов и пожилых граждан, а также установление государственных пенсий, пособий и иных гарантий социальной защиты [1, 2]. Важнейшим элементом этой системы являются минимальные социальные гарантии (минимальные социальные нормативы) – установленные законодательством нормы и нормативы, закрепляющие минимальный уровень социальной защиты.

Актуальность исследования обусловлена несколькими взаимосвязанными факторами. Во-первых, в Российской Федерации произошла существенная трансформация системы социальных нормативов в здравоохранении: от региональных стандартов 1990-х годов с ограниченным перечнем к современной Программе государственных гарантий (ПГГ)² с расширенным набором услуг. Во-вторых, международные организации последовательно укрепляют правовые основы социальных гарантий в здравоохранении. Конвенция Международной организации труда от 28.06.1952 г. № 102 «О минимальных нормах социального обеспечения»³ устанавливает нормы в девяти областях, включая медицинское обслуживание. Рекомендация Международной организации труда (МОТ) от 14.06.2012 г. № 202 «О минимальных уровнях социальной защиты»⁴ призывает государства обеспечить базовый уровень социальной защиты для всех граждан. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в рамках стратегии «Здоровье-2030» подчёркивает необходимость всеобщего охвата услугами здравоохранения как ключевой цели устойчивого развития. В-третьих, социальные нормативы имеют критическое значение для расчёта необходимых ресурсов системе здравоохранения с учётом специфики её организации, включая порядки оказания медицинской помощи, которые определяют требования к профильным подразделениям и регламентируют организацию различных видов медицинских услуг [3].

¹ Конституция Российской Федерации. Режим доступа: http://www.kremlin.ru/acts/constitution/item#chapter_start (Дата обращения: 15 марта 2026 г.).

² Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 г. № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов». Режим доступа: https://rdbk-minzdravrso.gosuslugi.ru/netcat_files/8/9/PPRF_ot_29.12.2025_2188.pdf (Дата обращения: 15 марта 2026 г.).

³ Конвенция Международной организации труда от 28.06.1952 г. № 102 «О минимальных нормах социального обеспечения». Режим доступа: https://ds20-lipeck-r42.gosweb.gosuslugi.ru/netcat_files/8/55/Konventsia_o_minimal_nyh_normah_sotsial_nogo_obespecheniya.pdf (Дата обращения: 15 марта 2026 г.).

⁴ Рекомендация Международной организации труда от 14.06.2012 г. № 202 «О минимальных уровнях социальной защиты». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/499076410> (Дата обращения: 15 марта 2026 г.).

Цель исследования: провести анализ эволюции социальных нормативов в системе здравоохранения Российской Федерации, проследить их преобразование в структуру Программы государственных гарантий и обосновать их ключевое значение для обеспечения всеобщего доступа граждан к медицинской помощи, в том числе с учетом международного опыта.

Задачи исследования: 1) рассмотреть историческую ретроспективу установления социальных нормативов в Российской Федерации (с 1993 г. по настоящее время); 2) проанализировать международный опыт использования социальных нормативов в здравоохранении (на примере Республики Беларусь, Кыргызской Республики, Великобритании, Германии); 3) обосновать важность социальных нормативов для расчёта необходимых ресурсов с учётом специфики организации системы здравоохранения; 4) выявить цели и функции минимальных социальных гарантий в здравоохранении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методологическую основу исследования составили сравнительный институциональный анализ, дополненный методами нормативно-правового анализа и исторической ретроспективы. Эмпирическая база была сформирована на основании изучения официальных нормативных актов, отчётов органов управления здравоохранением и фондов обязательного медицинского страхования, публикаций международных организаций (ВОЗ, Организации экономического сотрудничества и развития, МОТ, Всемирного банка).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Историческая ретроспектива становления социальных нормативов в Российской Федерации.

Минимальные социальные гарантии обеспечивают реализацию права гражданина на достойный жизненный уровень, отражая основные потребности человека в материальных благах и общедоступных услугах. Система государственных минимальных нормативов включает взаимосвязанные стандарты в областях оплаты труда, пенсионного обеспечения, образования, здравоохранения, культуры, социального обслуживания и жилищно-коммунального хозяйства [4, 5].

В сфере здравоохранения минимальные социальные гарантии представляют собой набор медицинских услуг, лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, предоставляемых гражданам за счёт средств бюджета и обязательно-го медицинского страхования (ОМС).

Социальные нормативы в здравоохранении – это количественно определённые показатели объёма, качества и доступности медицинской помощи, которые гарантируются государством гражданам через конкретные механизмы финансирования: за счёт средств бюджета, ОМС или софинансирования. Эти нормативы служат фундаментальным инструментом для обеспечения всеобщей доступности качественных медицинских услуг, финансовой защиты населения от катастрофических расходов, повышения уровня оказываемой помощи и планирования ресурсов системы [3].

Постановление Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 03.03.1993 г. № 196 «О разработке социальных норм и нормативов» стало первым правовым актом, заложившим основы системы социальных нормативов в постсоветской России [6]. Документ предполагал создание социальных норм и нормативов для всех отраслей социальной сферы, определение минимальных государственных стандартов и привязку финансирования из бюджета к установленным показателям.

Ключевая особенность этого периода – социальные нормативы, которые устанавливались преимущественно на уровне субъектов Российской Федерации и имели ограниченный перечень. Регионы самостоятельно определяли объёмы гарантированной медицинской помощи, что приводило к значительной дифференциации в доступности услуг между субъектами Российской Федерации [7, 8, 9].

На данном этапе были разработаны первые методические подходы к формированию государственных минимальных социальных нормативов (ГМСН) на региональном уровне, однако их внедрение сопровождалось возникновением ряда проблем, обусловленных недостаточным финансовым обеспечением, отсутствием единой методологии расчёта, значительной региональной дифференциацией.

С принятием закона от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»⁵ и других нормативных актов началась трансформация системы финансирования здравоохранения в сторону страховой модели. Ключевые изменения включали создание системы ОМС, разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи, введение подушевого принципа финансирования.

В 1997 г. была впервые разработана ПГГ, в которой устанавливались минимальные объёмы бесплатной медицинской помощи для всех граждан Российской Федерации. Однако нормативы всё ещё оставались достаточно ограниченными по сравнению с современными стандартами [7].

С принятием Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶ и Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»⁷ была создана современная правовая основа системы социальных нормативов в здравоохранении. Центральным её элементом стала Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемая Правительством Российской Федерации на трёхлетний период, содержащая исчерпывающую информацию, а именно:

- перечень видов, форм и условий бесплатной медицинской помощи;
- перечень заболеваний и состояний, при которых помощь оказывается бесплатно;
- категории граждан, имеющих право на бесплатную помощь;
- средние нормативы объёма и финансовых затрат на оказание услуг.

Ключевое отличие современного этапа – социальные нормативы, которые трансформировались в нормативы ПГГ с существенно расширенным перечнем услуг (*таблица 1*). Если в 1990-е годы нормативы устанавливались на уровне субъектов Российской Федерации и имели ограниченный набор услуг, то актуальная ПГГ включает комплексный пакет медицинской помощи, охватывающий все основные её виды:

- первичную медико-санитарную помощь;
- специализированную медицинскую помощь;
- скорую медицинскую помощь;
- паллиативную медицинскую помощь;
- лекарственное обеспечение и иные ненормированные виды медицинской помощи.

Механизм финансирования ПГГ является смешанным. На долю ОМС приходится около 90% расходов, а на долю бюджетов разных уровней – около 10% [10]. Страховые взносы, составляющие основу фонда ОМС, преимущественно вносятся работодателями, в то время как за неработающее население эти взносы поступают из региональных бюджетов.

Важная особенность российской модели – наличие территориальных ПГГ. Хотя федеральная ПГГ устанавливает минимальные гарантии, субъекты Российской Федерации вправе создавать собственные программы, которые должны отвечать утвержденным базовым критериям, однако могут предусматривать и более высокие стандарты. Это

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 2025). Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (Дата обращения: 20 марта 2026 г.).

⁷ Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 2025). Режим доступа: https://opckursk.gosuslugi.ru/netcat_files/8/9/Federal_nyy_zakon_ot_29.11.2010_N_326_FZ_red_ot_29.10.2024.pdf (Дата обращения: 20 марта 2026 г.).

⁵ Закон Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_90/ (Дата обращения: 20 марта 2026 г.).

Эволюция социальных нормативов в здравоохранении Российской Федерации

Период	Уровень установления	Перечень услуг	Источник финансирования
1993–2000 гг.	Субъекты Российской Федерации	Ограниченный	Бюджет
2001–2010 гг.	Федеральный + региональный	Расширяющийся	ОМС + бюджет
2011–2026 гг.	Федеральный (ПГГ) + региональный	Расширенный	ОМС (90%) + бюджет (10%)

Источник: составлено автором по данным официальных источников.

позволяет учитывать региональные эпидемиологические и демографические особенности.

Международный опыт применения социальных нормативов в здравоохранении. Республика Беларусь представляет собой уникальный пример в постсоветском пространстве, сохранивший и развивший преимущественно бюджетно-централизованную модель финансирования здравоохранения с широким использованием социальных нормативов, правовую базу которых составляют Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении»⁸ и Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 г. № 724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики»⁹.

Ключевой особенностью белорусской модели является её чёткая ориентация на обеспечение отрасли необходимыми ресурсами через систему следующих основных шести нормативов в сфере здравоохранения [4, 5]:

1. Норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчёте на одного жителя.
2. Норматив обеспеченности врачами первичного звена.
3. Норматив обеспеченности больничными койками.
4. Норматив обеспеченности аптечными организациями.
5. Норматив обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи.
6. Норматив обеспеченности межрайонными центрами специализированной помощи.

Финансирование здравоохранения в Республике Беларусь происходит преимущественно за счёт средств государственного бюджета, на которые приходится около 85% всех расходов. Это обеспечивает высокую степень управляемости и предсказуемости системы.

Механизм расчёта нормативов в Беларуси базируется на принципе «per capita funding», то есть на учете расходов на душу населения. Программы

и нормативы утверждаются ежегодно, но часто содержат перспективные ориентиры на несколько лет вперёд, что обеспечивает стабильность и долгосрочное планирование.

Хрестоматийным примером бюджетно-централизованной модели с чётко определёнными социальными нормативами является Национальная служба здравоохранения Великобритании (National Health Service), в рамках которой финансирование осуществляется полностью из государственного бюджета за счёт налогов, а сама система находится под прямым управлением правительства [11]. Минимальные стандартизированные показатели определяются на национальном уровне через National Institute for Health and Care Excellence, который устанавливает клинические рекомендации и перечни гарантированных услуг.

Германия представляет собой смешанную модель обязательного социального страхования (Gesetzliche Krankenversicherung), где большая часть населения (~85%) охвачена системой обязательного страхования [12, 13]. Центральным элементом немецкой модели является коллегиальное принятие решений о составе пакета гарантированных услуг.

Кыргызская Республика выбрала путь создания единой системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) с элементами модели единого плательщика [14]. Нормативно-правовую основу этой системы составляют Закон Кыргызской Республики от 18.10.1999 г. № 112 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике»¹⁰ и ежегодно утверждаемая Программа государственных гарантий.

Сравнительная характеристика международного опыта применения социальных нормативов в здравоохранении представлена в *таблице 2*.

Анализ международного опыта подтверждает, что эволюция социальных нормативов носит универсальный характер. Как отмечают международные исследователи Б. Рейчел с соавт. [15] и Дж. Кутци с соавт. [16], постсоветские страны, отходя от модели Семашко, сталкиваются с необходимостью балансировки между расширением государственных гарантий и поиском устойчивых механизмов их финансового обеспечения. При этом, как указывает Д. Норт [17], сами социальные нормативы

⁸ Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении». Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=v19302435> (Дата обращения: 20 марта 2026 г.).

⁹ Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 г. № 724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики». Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=C20300724> (Дата обращения: 20 марта 2026 г.).

¹⁰ Закон Кыргызской Республики от 18.10.1999 г. № 112 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» Режим доступа: <https://cbd.minjust.gov.kg/275/edition/1244817/ru> (Дата обращения: 20 марта 2026 г.).

Сравнительная характеристика международного опыта применения социальных нормативов в здравоохранении

Страна	Уровень установления нормативов	Перечень услуг	Основной источник финансирования
Россия	Федеральный + региональный	Расширенный	ОМС (90%) + бюджет (10%)
Беларусь	Национальный	Расширенный (6 нормативов)	Бюджет (~85%)
Великобритания	Национальный	Расширенный	Бюджет (100%)
Германия	Федеральный	Расширенный	ОМС (~85%)
Кыргызстан	Национальный	Базовый пакет	ОСМС + бюджетные трансферты

Источник: составлено автором по данным официальных источников.

и программа государственных гарантий выступают ключевыми институтами, снижающими транзакционные издержки в системе здравоохранения.

Однако, согласно данным ВОЗ [18] и исследованиям С. Томсона [19], формальное закрепление нормативов не гарантирует финансовой защиты населения, что требует постоянной корректировки методологии их расчета. На наднациональном уровне, как показывает Е. Винокуров [20], гармонизация этих социальных стандартов становится необходимым условием для обеспечения мобильности трудовых ресурсов в рамках Евразийского экономического союза».

Значимость социальных нормативов для расчёта необходимых ресурсов с учётом специфики организации системы здравоохранения. Социальные нормативы имеют критическое значение для расчёта необходимых ресурсов системы здравоохранения с учётом специфики её организации. В Российской Федерации эта связь реализуется через следующие механизмы [21, 22]:

1. *Порядки оказания медицинской помощи.* Министрство здравоохранения утверждает порядки оказания медицинской помощи по различным профилям (терапевтический, хирургический, педиатрический и прочие), которые устанавливают нормативы на подразделения по соответствующей специализации и другие стандартизированные показатели:

- штатные нормативы медицинских организаций;
- оснащение оборудованием и медицинскими изделиями;
- маршрутизация пациентов.

2. *Положения об организации видов медицинской помощи.* Регулируют организацию первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи, скорой помощи, паллиативной помощи и других видов, устанавливают следующие нормативы и требования:

- организационно-маршрутные требования (как и кому оказывается помощь);
- структурно-сетевые требования (где и в каких объемах создаются мощности);
- кадровые требования и нормы труда (кто и в каком количестве работает);

- материально-технические и инфраструктурные требования (чем и в каких условиях оказывается помощь);
- информационные и управленческие требования (как осуществляется контроль).

3. *Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи.* Определяют объём диагностических и лечебных мероприятий при конкретных заболеваниях, что позволяет рассчитать потребность в ресурсах на основе эпидемиологических данных.

4. *Территориальное планирование.* Социальные нормативы используются для планирования размещения медицинских организаций, определения потребности в коечном фонде, медицинском оборудовании и кадрах на территории субъекта Российской Федерации.

Методология формирования социальных нормативов базируется на расчёте подушевого показателя финансирования, который представляет собой сумму средств, выделяемых на одного прикрепленного или застрахованного гражданина в год (таблица 3).

Процесс расчёта нормативов включает следующие этапы:

- определение потребности в медицинской помощи на основе данных о структуре заболеваемости и половозрастной структуре населения;
- установление нормативов объёма помощи с учётом порядков оказания медицинской помощи;
- расчёт стоимости единицы объёма помощи на основе утверждённых тарифов;
- корректировка на региональные коэффициенты (климатические, транспортные, инфраструктурные);
- формирование сводного норматива с учётом индексации и инфляционных ожиданий.

Цели и функции минимальных социальных гарантий в здравоохранении. На основе анализа международного и отечественного опыта [23, 24, 25, 26, 27] можно выделить следующие цели и функции минимальных социальных гарантий в здравоохранении (таблица 4):

1. *Обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи.* Минимальные социальные гарантии

Таблица 3

Примеры социальных нормативов в Программе государственных гарантий Российской Федерации на 2025–2027 гг.

Вид помощи*	Норматив объема (на 1 чел./в год)	Стоимость единицы объема (руб.)
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	9 посещений	1 240,00
Специализированная помощь в условиях круглосуточного стационара	0,202324	68 828,90
Скорая помощь	0,29 вызова	4 292,90
Паллиативная помощь в условиях круглосуточного стационара	0,092 койко-дня	3 510,30

* представлены усредненные нормативы, учитывающие бюджетную и страховую части ПГГ.

Источник: составлено автором по данным официальных источников¹¹.

Таблица 4

Функции минимальных социальных гарантий

Функция	Описание	Значение
Гарантирующая	Обеспечение минимального уровня медицинской помощи для всех граждан	Реализация конституционных прав
Плановая	Планирование ресурсов системы здравоохранения	Эффективное распределение средств
Контрольная	Основа для контроля качества и доступности помощи	Мониторинг выполнения обязательств
Стабилизирующая	Автоматический экономический стабилизатор	Предотвращение социальной напряжённости
Интеграционная	Гармонизация стандартов в рамках ЕАЭС	Обеспечение мобильности трудовых ресурсов

Источник: составлено автором по данным официальных источников.

определяют, что все граждане, независимо от социально-экономического статуса и места проживания, имеют доступ к необходимому набору медицинских услуг [16].

2. *Финансовая защита населения.* Социальные нормативы обеспечивают защиту граждан от катастрофических расходов на здоровье путём минимизации или полного исключения прямых платежей за гарантированные услуги [1].

3. *Планирование ресурсов системы здравоохранения.* Социальные нормативы позволяют рассчитать необходимую потребность в финансовых, кадровых и материально-технических ресурсах для обеспечения гарантированного объёма медицинской помощи.

4. *Повышение качества медицинской помощи.* Стандартизация процессов оказания помощи через социальные нормативы способствует повышению качества и безопасности медицинских услуг [14].

5. *Обеспечение справедливости в распределении ресурсов.* Социальные нормативы служат инструментом справедливого распределения бюджетных средств и страховых взносов между регионами и категориями населения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на обширную нормативную базу и трансформацию социальных нормативов в нормативы ПГГ, область исследования минимальных

социальных гарантий остаётся открытой для дальнейших разработок. Выделяются следующие нерешённые проблемы:

1. *Методология расчёта.* Недостаточная разработанность методик расчёта нормативов, отражающих реальную потребность граждан.

2. *Региональная стандартизация.* Отсутствуют единые подходы к региональной стандартизации и критерии оценки качества предоставляемых услуг.

3. *Связь с порядками оказания медицинской помощи.* Требуется дальнейшая интеграция социальных нормативов с порядками оказания медицинской помощи и положениями об организации видов медицинской помощи для обеспечения согласованности планирования ресурсов.

Перспективные направления развития:

1. *Совершенствование методологии расчёта.* Разработка методик, учитывающих реальную потребность граждан в медицинской помощи на основе эпидемиологических данных и клинических рекомендаций.

2. *Унификация региональных подходов.* Создание единых критериев оценки качества предоставляемых услуг и стандартизация региональных программ.

3. *Интеграция с порядками оказания медицинской помощи.* Более тесная связь социальных нормативов с порядками оказания медицинской помощи, которые устанавливают стандартизированные показатели на подразделения по соответствующему профилю.

¹¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.24 г. № 1940 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов». Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/Bii7Xe5H08K5SAKmGfUg5zWzaMfwfSVm.pdf> (Дата обращения: 22 марта 2026 г.).

4. Гармонизация в рамках Евразийского экономического союза. Поэтапное сближение методологий расчёта социальных нормативов для обеспечения мобильности трудовых ресурсов [15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ эволюции социальных нормативов в здравоохранении Российской Федерации позволил сделать следующие выводы:

1. В Российской Федерации произошла существенная трансформация социальных нормативов: от региональных стандартов к современной ПГТ с расширенным набором услуг. Если ранее социальные нормативы устанавливались на уровне субъектов Российской Федерации и имели ограниченный перечень, то сейчас они трансформировались в нормативы ПГТ федерального уровня с существенно расширенным перечнем нормированной медицинской помощи.

2. В Республике Беларусь широко используется система социальных нормативов в здравоохранении, охватывающая такие направления как финансовое обеспечение, кадровые ресурсы и материально-техническую базу.

3. Социальные нормативы играют базовую роль для обеспечения всеобщего доступа населения к медицинской помощи. Они гарантируют, что все граждане могут получить необходимый набор медицинских услуг независимо от социально-экономического статуса.

4. Социальные нормативы позволяют рассчитывать необходимые ресурсы с учётом специфики организации системы здравоохранения. Таким

образом реализуется связь с порядками оказания медицинской помощи, которые устанавливают нормативы на подразделения по соответствующему профилю, а также с положениями об организации видов медицинской помощи и другими регламентирующими документами.

5. Минимальные социальные гарантии в здравоохранении выполняют мультипликативные функции: гарантирующую, плановую, контрольную, стабилизирующую и интеграционную. Они выступают в роли балансовых показателей между потребностью в необходимой медицинской помощи и ее финансовым обеспечением.

Для достижения целей, закреплённых в Конституции Российской Федерации и федеральных законах, необходимо дальнейшее развитие методологии расчёта социальных нормативов, унификация региональных подходов. Только комплексная методология позволит обеспечить реализацию права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь как элемента национальной безопасности.

Благодарность: авторы выражают благодарность коллегам за конструктивные замечания при подготовке статьи.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the study had no sponsorship.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нуретдинова Ю.В., Баширова А.Р., Чердовских А.М. Минимальные социальные стандарты. *Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии*. 2025; (3):313–315.
2. Магомедова П.М. Социальные стандарты и гарантии – основа социальной защиты населения. *Вопросы структуризации экономики*. 2011; (4):37–41. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-standarty-i-garantii-osnova-sotsialnoy-zaschity-naseleniya> (Дата обращения: 25 февраля 2026 г.).
3. Cylus J., Thomson S., Evetovit T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018; 96(9):599–609. DOI: 10.2471/BLT.17.203812.
4. Ключня В.Л., Ходоркин Ф.Н. Государственные социальные стандарты: сущность, содержание и тенденции развития. *Вестник БГУ. Серия 3, История. Философия. Психология. Политология. Социология. Экономика. Права*. 2006; (3):94–99.
5. Сушко Н.М. Беларусь: гарантии для малообеспеченного населения. *Вестник Гродненского государственного университета имени Янки Купалы. Серия 5. Экономика. Социология. Биология*. 2023; 13(3):58–71.
6. Герасименко Н.Ф. Роль государства в обеспечении социальных гарантий в здравоохранении. *Здоровье населения и среда обитания*. 2019; 31(9):4–12. DOI: 10.35627/2219-5238/2019-31-9-4-12.
7. Гришин В.В., Рагозин А.В., Ицелев А.А., Глазунова С.А. Финансирование Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи: как решить проблему дефицита? *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021; 65(6):514–521. DOI: 10.47470/0044-197X-2021-65-6-514-521.
8. Градобоев Э.В., Сольская И.Ю. Оценка эффективности финансовых механизмов в здравоохранении. *Вопросы новой экономики*. 2023; 1(65):75–84. DOI: 10.52179/26187531_2023_1_75.
9. Харитоновна Т.В., Вавилкина Н.А. Методические подходы к формированию государственных минимальных социальных нормативов региона в сфере здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2007; (7):9–15.
10. Шипова В.М., Щепин В.О. Государственные гарантии медицинской помощи на 2024–2026 гг. и вопросы кадрового обеспечения. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2024; 10(3):14–27. DOI: 10.33029/2411-8621-2024-10-3-14-27.
11. Annual Report 2023. London: NHS England; 2023. Available from: <https://www.england.nhs.uk> (Date accessed: February 25, 2026).
12. Annual Report 2024. Berlin: G-BA; 2024. Available from: <https://www.g-ba.de> (Date accessed: February 25, 2026).
13. Recommendation No. 202 concerning National Floors of Social Protection. Geneva: ILO; 2012. Available from: <https://www.ilo.org> (Date accessed: February 25, 2026).

14. Kyrgyzstan: Health System Summary 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int> (Date accessed: February 25, 2026).
15. Rechel B., Richardson E., McKee M. Trends in Health Systems in the Former Soviet Countries. *Health Economics, Policy and Law*. 2013; 8(3):359–377. DOI: 10.1017/S1744133113000129.
16. Kutzi J., Cashin C., Jakab M. Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris> (Date accessed: February 25, 2026).
17. North D. C. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. DOI: 10.1017/CBO9780511808678.
18. Health for All by 2030: Strategy for the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: <https://www.who.int/europe> (Date accessed: February 25, 2026).
19. Thomson S., Cylus J., Evetovits T. Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe. Health Policy Series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris> (Date accessed: February 25, 2026).
20. Vinokurov E. Eurasian Economic Union: Current State and Preliminary Results. *Russian Journal of Economics*. 2021; 7(1):1–38. DOI: 10.3897/ruje.7.63481.
21. Сон И.М. Стандарты качества медицинской помощи. *Качество и клиническая практика*. 2019; 27(1):4–11. DOI: 10.24411/2308-2755-2019-00001.
22. Решетников А.В. Доступность медицинской помощи. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2018; 61(1). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.
23. Подвязникова М.В. Международное сотрудничество в сфере охраны здоровья населения и взаимообусловленность национальных систем законодательства социального обеспечения. *Право и государство: теория и практика*. 2015; 11(131):56–60.
24. Васильцова Л.И. Жесткая оптимизация системы здравоохранения приведет к «дегуманизации» общества. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2017; 11-2(120):112–115.
25. Воробцова Е.С. Социальная работа в здравоохранении: учебное пособие для врачей. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2024. Режим доступа: <https://niiioz.ru/upload/iblock/2e4/2e46b76d63b0596b89381964687ae6fb.pdf?ysclid=mqv2g91egm58334508> (Дата обращения: 25 февраля 2026 г.).
26. Перхов В.И. Программа государственных гарантий как инструмент обеспечения социальных обязательств государства в сфере охраны здоровья граждан. *Менеджер здравоохранения*. 2018; (5):6–12.
27. Усманова Р.М. К вопросу о конституционном праве на бесплатную медицинскую помощь. *Правовое государство: теория и практика*. 2017; 48(2):93–98.

Original article
UDC 614.2

DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-2-41-49

SOCIAL NORMATIVES IN HEALTHCARE: INTERNATIONAL AND DOMESTIC EXPERIENCE

Olga V. OBUKHOVA¹

Candidate of Sciences in Political Science
ORCID: 0000-0002-2745-8383, SPIN: 1483-9937

Tatyana G. BOGDANOVA¹

Doctor of Sciences in Medicine
ORCID: 0000-0001-5485-8633, SPIN: 6159-0938

¹Russian Research Institute of Health, 11 Dobrolyubova Street, Moscow, 127254, Russia.



Olga V. Obukhova
e-mail: obuhova@mednet.ru

ABSTRACT

Relevance. Relevance. In the context of the transformation of social standards in healthcare and the strengthening of international legal frameworks, this study focuses on the importance of minimum social guarantees. Social standards are becoming a key tool for planning and optimizing the resources of the healthcare system, which makes them particularly important in achieving universal health coverage.

The purpose of the study: to analyze the evolution of social standards in the healthcare system of the Russian Federation, to trace their transformation into the structure of the State Guarantee Program and to substantiate their key importance for ensuring universal access to medical care, including taking into account international experience.

Materials and methods. The methodological basis of the study was a comparative institutional analysis supplemented by methods of regulatory analysis and historical retrospect. The empirical base was formed based on the study of official regulations, reports of ministries of health and compulsory health insurance funds, publications of international organizations (WHO, Organization for Economic Cooperation and Development, ILO, World Bank), etc.

Results. The article examines the evolution of social standards in healthcare in the Russian Federation from the regional standards of the 1990s to the modern Program of state guarantees. Based on a comparative analysis of international experience (the Republic of Belarus, the Kyrgyz Republic, Great Britain, Germany) and a historical retrospective of Russian legislation, key approaches to the formation of guaranteed volumes of medical care have been identified. Special attention is paid to the transformation of social standards into those of the State Guarantee Program, the expansion of their list and their importance for ensuring universal access to medical care for citizens. The importance of social standards for calculating the necessary resources is substantiated, taking into account the specifics of the organization of the healthcare system, including procedures for providing medical care and regulations on the organization of types of medical care. The directions of improving the methodology for calculating standards to increase the availability and quality of medical care are proposed.

Conclusion. The study shows the key role of social standards in ensuring universal access to medical care in the Russian Federation. In order to realize the constitutional right of citizens to health protection, it is necessary to further improve the system of standards and their financial support as an element of national security.

Keywords: social norms, social guarantees, healthcare, Program of State Guarantees, universal access, financing, international experience.

TO CITE THIS ARTICLE:

Obukhova O.V., Bogdanova T.G. Social norms in healthcare: international and domestic experience. *The CIS Healthcare*. 2026; 2(2):41–49. DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-2-41-49

REFERENCES

1. Nuretdinova Yu.V., Bashirova A.R., Cherdovskikh A.M. Minimum Social Standards. *Competitiveness in the Global World: economics, science, and technology*. 2025; (3):313–315. (In Russ.).
2. Magomedova P.M. Social Standards and Guarantees as the Foundation of Social Protection of the Population. *Voprosy strokturirovaniya ekonomiki*. 2011;(4):37–41. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-standarty-i-garantii-osnova-sotsialnoy-zaschity-naseleniya>. (Date accessed: February 25, 2026). (In Russ.).
3. Cylus J., Thomson S., Evetovit T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018; 96(9):599–609. DOI: 10.2471/BLT.17.203812.
4. Klyunya V.L., Khodorkin F.N. State Social Standards: Essence, Content and Development Trends. *Vesnik BDU. Seryya 3, Gistoriya, Filasofiya, Psikhologiya, Palitalogiya, Satsyalogiya, Ekonomika, Prava*. 2006; (3):94–99. (In Russ.).
5. Sushko N.M. Belarus: Guarantees for the Low-Income Population. *Vestnik Grodnenskogo gosudarstvennogo universiteta imeni Yanki Kupaly. Seriya 5. Ekonomika. Sotsiologiya. Biologiya*. 2023; 13(3):58–71. (In Russ.).
6. Gerasimenko N.F. The Role of the State in Ensuring Social Guarantees in Healthcare. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya*. 2019; 31(9):4–12. DOI: 10.35627/2219-5238/2019-31-9-4-12. (In Russ.).
7. Grishin V.V., Ragozin A.V., Itselev A.A., Glazunova S.A. Financing of the Program of state guarantees of free medical care: how to solve the deficit problem? *Health care of the Russian Federation*. 2021; 65(6):514–521. DOI: 10.47470/0044-197X-2021-65-6-514-521. (In Russ.).
8. Gradoboev E.V., Solskaya I.Y. Assessment of the Effectiveness of Financial Mechanisms in Healthcare. *Voprosy novoi ekonomiki*. 2023; 1 (65):75–84. DOI: 10.52179/26187531_2023_1_75. (In Russ.).
9. Kharitonova T.V., Vavilkina N.A. Methodological Approaches to the Formation of State Minimum Social Standards of the Region in the Sphere of Healthcare. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2007; (7):9–15. Available from: <http://vestnik.mednet.ru>. (In Russ.).
10. Shipova V.M., Shchepin V.O. State Guarantees of Medical Care for 2024–2026 and Issues of Staffing. *Orgzdrav: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ*. 2024; 10(3):14–27. DOI: 10.47470/2412-0499-2024-10-3-14-27. (In Russ.).
11. Annual Report 2023. London: NHS England; 2023. Available from: <https://www.england.nhs.uk> (Date accessed: February 25, 2026).
12. Annual Report 2024. Berlin: G-BA; 2024. Available from: <https://www.g-ba.de> (Date accessed: February 25, 2026).
13. Recommendation No. 202 concerning National Floors of Social Protection. Geneva: ILO; 2012. Available from: <https://www.ilo.org> (Date accessed: February 25, 2026).
14. Kyrgyzstan: Health System Summary 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: <https://euro-observatory.who.int> (Date accessed: February 25, 2026).
15. Rechel B., Richardson E., McKee M. Trends in Health Systems in the Former Soviet Countries. *Health Economics, Policy and Law*. 2013; 8(3):359–377. DOI: 10.1017/S1744133113000129.
16. Kutzi J., Cashin C., Jakab M. Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris> (Date accessed: February 25, 2026).
17. North D.C. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. DOI: 10.1017/CBO9780511808678.
18. Health for All by 2030: Strategy for the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: <https://www.who.int/europe> (Date accessed: February 25, 2026).
19. Thomson S., Cylus J., Evetovits T. Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe. Health Policy Series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris> (Date accessed: February 25, 2026).
20. Vinokurov E. Eurasian Economic Union: Current State and Preliminary Results. *Russian Journal of Economics*. 2021; 7(1):1–38. DOI: 10.3897/ruje.7.63481.
21. Son I.M. Standards of Quality of Medical Care. *Kachestvo i klinicheskaya praktika*. 2019; 27(1):4–11. DOI: 10.24411/2308-2755-2019-00001. (In Russ.).
22. Reshetnikov A.V. Accessibility of Medical Care. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2018; 61(1). Available from: <http://vestnik.mednet.ru>. (In Russ.).
23. Podvyaznikova M.V. International Cooperation in the Sphere of Health Protection of the Population and Interconditionality of National Systems of Social Security Law. *Pravo i gosudarstvo: teoriya i praktika*. 2015; 11(131):56–60. (In Russ.).
24. Vasiltsova L.I. Hard Optimization of the Healthcare System Will Lead to “Dehumanization” of Society. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki*. 2017; 11-2(120):112–115. (In Russ.).
25. Vorobtsova E.S. Social Work in Healthcare: A Textbook for Doctors. Moscow: GBU «NIOZMM DZM», 2024. Available from: <https://niioz.ru/upload/iblock/2e4/2e46b76d63b0596b89381964687ae6fb.pdf?ysclid=mqv2g9legm58334508> (Date accessed: February 25, 2026). (In Russ.).
26. Perkhov V.I. The State Guarantee Program as a Tool for Ensuring the State's Social Obligations in the Field of Public Health. *Healthcare Manager*. 2018; (5):6–12. (In Russ.).
27. Usmanova R.M. On the Constitutional Right to Free Medical Care. *Legal State: theory and Practice*. 2017; 48(2):93–98. (In Russ.).