

DOI: 10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149

УДК 336.5:614.2(045)

JEL H41, H51, H75, I13, I18

Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России

Е.А. Соболева

Байкальский государственный университет, Иркутск, Россия

<https://orcid.org/0000-0003-4755-103X>

АННОТАЦИЯ

Цель работы – исследовать сущность и способ построения финансовой модели общественного здравоохранения в Российской Федерации. Используются **методы** анализа и синтеза, статистической обработки данных, системно-структурный подход. Проанализированы основы построения бюджетно-страховой модели: распределение затрат (различных видов медицинской помощи, отдельных расходов) по источникам финансирования; система межбюджетных отношений; структура расходов на здравоохранение бюджетной системы Российской Федерации в 2019 г. Представлена финансовая модель системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Охарактеризованы роли страховых и частных медицинских организаций в системе ОМС. Показан механизм финансирования государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения. Рассмотрен порядок финансирования медицинских организаций по территориальной программе (на примере Иркутской области). Проанализирован метод расчета стоимости территориальной программы, указаны связанные с этим проблемы. Особое внимание уделено сегменту учреждений, не осуществляющих деятельность в сфере ОМС: обозначены особенности финансирования и правового регулирования, аргументированы причины исключения из программы ОМС ряда заболеваний. Раскрыто содержание нового закона о реформе ОМС, который предусматривает прямое финансирование из бюджета Федерального фонда ОМС федеральных учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь. Сформулированы проблемы в построении бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения: перегруженность, противоречивость, затратоемкость. Сделан **вывод**, что следует пересмотреть организацию системы здравоохранения и механизм ее финансового обеспечения. Опережающие темпы роста расходов на здравоохранение, с одной стороны, и недофинансирование деятельности учреждений здравоохранения, с другой стороны, приводят к постоянному поиску компромисса между справедливостью и экономической эффективностью. На основании этого обоснованы цели и определены **направления** дальнейших исследований: сокращение транзакционных издержек, изменение мотивации участников, выявление факторов роста расходов и возможностей их устранения.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения; межбюджетные трансферты; программа государственных гарантий; бесплатная медицинская помощь; обязательное медицинское страхование; преимущественно одноканальное финансирование; фрагментарность финансирования

Для цитирования: Соболева Е.А. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России. *Финансы: теория и практика*. 2021;25(3):127-149. DOI: 10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149

ORIGINAL PAPER

The Budgetary and Insurance Model of Healthcare Funding in Russia

Е.А. Soboleva

Baikal State University, Irkutsk, Russia

<https://orcid.org/0000-0003-4755-103X>

ABSTRACT

This paper **aims** to investigate the essence and method of building a financial model of healthcare in Russia. The author applies **methods** such as analysis and synthesis, statistical data processing, systemic and structural approaches. This article is an analysis of the basics of building a budgetary and insurance model: cost allocation (various types of medical care, individual costs) by funding sources; system of inter-budgetary relations; the structure of expenditures of the budgetary system of the Russian Federation on healthcare in 2019. The study presents the financial model of the compulsory medical insurance (CMI) system and defines the role of insurance and private medical organizations in the

CMI system. The mechanism of financing state (public) healthcare institutions is shown. The procedure for financing medical organizations according to the territorial program is considered (as illustrated by the example of the Irkutsk region). The article analyzes the methodology for calculating the cost of the territorial program and identifies the problems associated with it. The author pays special attention to organizations that do not carry out activities in the field of compulsory medical insurance, outlining the specifics of financing and legal regulation, and arguing the reasons for excluding a number of diseases from the compulsory medical insurance program. The paper examines the content of the new law on the CHI reform, which provides for direct financing from the budget of the Federal CHI Fund of federal institutions providing specialized medical care. The author highlights the main problems of the building of the budgetary and insurance healthcare funding model such as congestion, inconsistency, cost intensity. The author **concluded** that it is necessary to revise the organization of the healthcare system and mechanisms for its financial support. The outstripping growth in healthcare costs, on the one hand, and inadequate funding of medical institutions, on the other, lead to a constant search for a compromise between equity and cost-effectiveness. Based on this, the author substantiated the goals and determined the **directions** for further research, such as reducing transaction costs, changing the motivation of participants, identifying cost growth factors and the possibility of eliminating them.

Keywords: healthcare financing; inter-budgetary transfers; state guarantees program; free healthcare; compulsory medical insurance; predominantly single-channel financing; fragmented funding

For citation: Soboleva E.A. The budgetary and insurance model of healthcare funding in Russia. *Finance: Theory and Practice*. 2021;25(3):127-149. (In Russ.). DOI: 10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149

ВВЕДЕНИЕ

Национальная система здравоохранения обеспечивает реализацию права граждан на бесплатную медицинскую помощь. Финансированию здравоохранения в России посвящено множество научных публикаций: тема эта разносторонняя, неоднозначная и социально значимая, обсуждаемый круг проблем затрагивает самые широкие слои населения.

В настоящее время в Российской Федерации (далее — РФ) действует смешанная модель финансирования государственного здравоохранения на базе системы обязательного медицинского страхования (далее — ОМС), которую условно называют бюджетно-страховой.

На протяжении последних 30 лет ученые, медики, политики и чиновники спорят о наиболее эффективной модели финансирования здравоохранения: от возврата к государственно-бюджетной до совершенствования страховой. В 2020 г. принят закон о реформе ОМС, что определяет актуальность темы.

В научных публикациях, как правило, рассматриваются те или иные аспекты финансирования здравоохранения: авторы излагают свое видение ситуации и возможных преобразований, критикуют вопросы, находящиеся в их поле зрения. Но это не позволяет составить целостную картину финансирования отрасли, что затрудняет возможность предметной и продуктивной общественной дискуссии в этой сфере.

Цель данной работы — исследование сущности и способа построения финансовой модели общественного здравоохранения в РФ. Задачи: сформировать комплексное представление о механизмах

формирования и распределения финансовых ресурсов государственного здравоохранения; обозначить проблемы финансирования отрасли; определить цели и направления дальнейших исследований. Рассматривается «рутинный» период 2015–2019 гг. (до обострения эпидемиологической ситуации).

Проведение подобных исследований необходимо для поиска путей дальнейшего (посткризисного) развития российского здравоохранения. При анализе эффективности системы здравоохранения важно обладать четким пониманием логики происхождения системы, ее развития, родовых качеств, факторов воздействия, реакции системы [1].

СИСТЕМА ОМС ИНТЕГРИРОВАНА В СИСТЕМУ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Согласно законодательству РФ¹ каждый имеет право на медицинскую помощь в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — Программа государственных гарантий).

Программа государственных гарантий устанавливает перечень видов медицинской помощи (заболеваний и состояний), оказание которых осуществляется бесплатно, и формируется на основе данных медицинской статистики, характеризующих уровень и структуру заболеваемости населения России, с учетом особенностей половозрастного состава.

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 19.

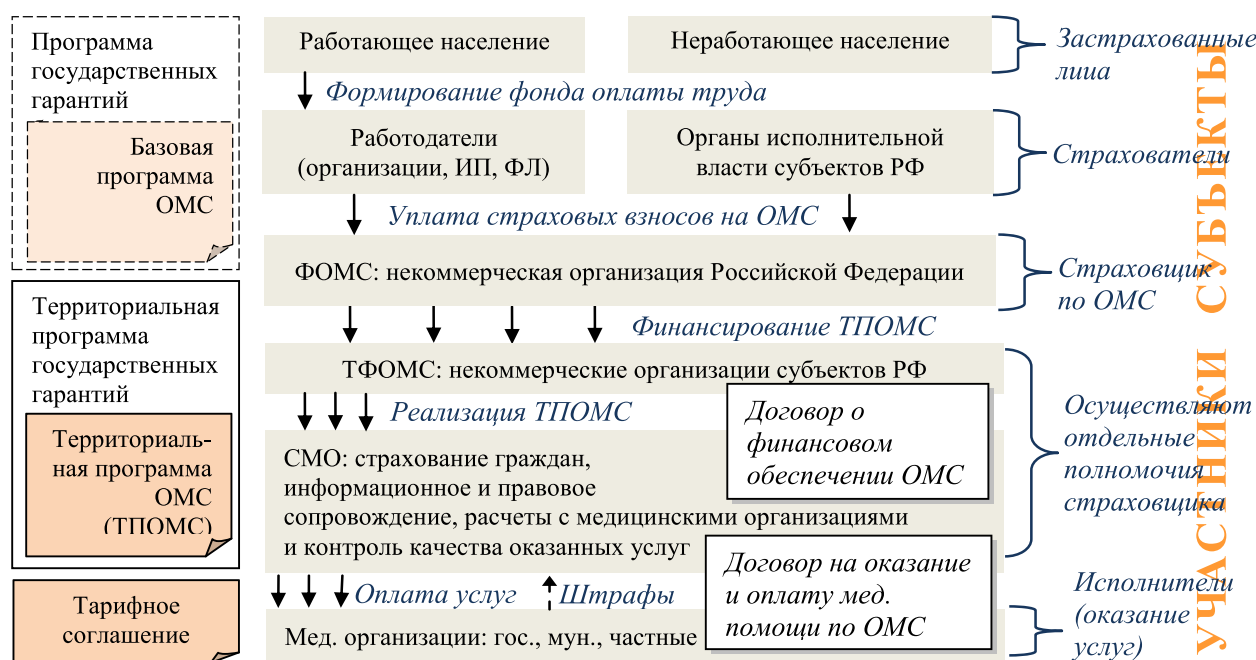


Рис. 1 / Fig. 1. Финансовая модель системы ОМС / Financial model of the compulsory medical insurance (CMI) system

Источник / Source: разработано и составлено автором на основе Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 08.12.2020) / developed and compiled by the author based on the Federal Law of November 29, 2010 No. 326-FZ "On compulsory medical insurance in the Russian Federation" (latest version). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021).

В соответствии с этим в субъектах РФ принимаются Территориальные программы государственных гарантий, которые разрабатываются с учетом структуры заболеваемости в данном регионе (далее — территориальные программы).

Ключевым моментом (в понимании способа построения бюджетно-страховой модели) является различие Программы государственных гарантий и базовой программы ОМС как ее составной части (рис. 1). Соответственно, составной частью территориальной программы является территориальная программа ОМС (далее — ТПОМС).

Застрахованные лица имеют право на бесплатную медицинскую помощь²:

- в «домашнем» регионе (в котором выдан полис ОМС) — в объеме, установленном ТПОМС;
- в другом регионе РФ — в объеме, установленном базовой программой ОМС.

При этом застрахованными лицами являются (326-ФЗ, ст. 10): граждане РФ, иностранные граждане, лица без гражданства, беженцы, т.е. все население страны. В этом и заключается смысл ОМС.

Однако Программа государственных гарантий — это более широкий по своему содержанию документ, чем базовая программа ОМС: в этом и заключается смысл используемой дефиниции, определяющей модель финансирования общественного здравоохранения как бюджетно-страховую (а не страховую).

Существенной характеристикой системы ОМС — в составе государственной системы здравоохранения — является участие в ней негосударственных (коммерческих) организаций: страховых медицинских организаций (далее — СМО) на постоянной основе и медицинских организаций (далее — МО) на договорной основе (рис. 1).

Базовым отличием государственного (социального) страхования от коммерческого является то, что страховщиком (который инициирует заключение договора страхования, несет финансовые риски и обеспечивает страховое возмещение) является государственный внебюджетный фонд (Федеральный фонд ОМС, далее — ФОМС), а не страховая компания (рис. 1).

СМО осуществляют расчеты с МО (по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам) на основании целевых средств (рис. 2), предоставляемых бюджетами территориальных фондов ОМС (далее — ТФОМС).

² Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 08.12.2020) «Об обязательном медицинском страховании в РФ», ст. 16.

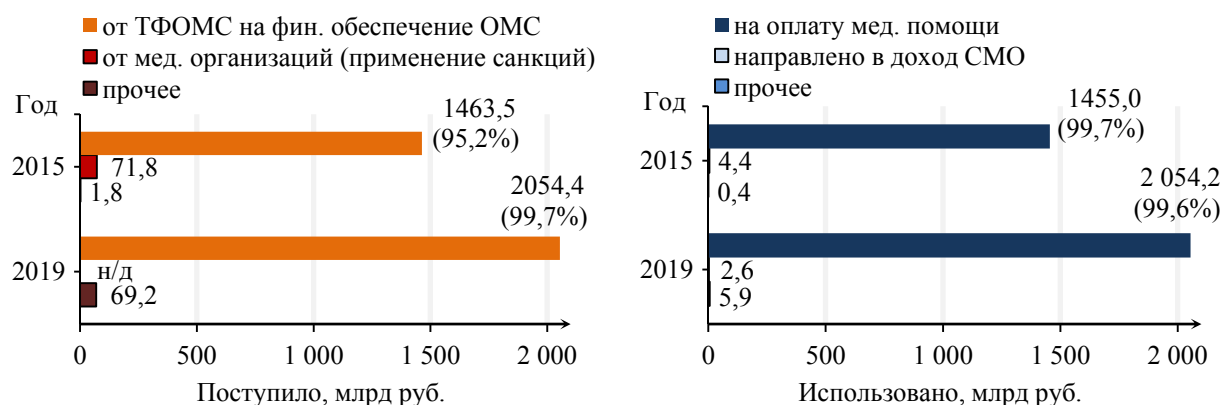


Рис. 2 / Fig. 2. Основные показатели работы СМО в части ОМС в 2015 и 2019 гг. / Main indicators of MIOs in terms of CMI in 2015 and 2019

Источник / Source: Российский статистический ежегодник. М.: Росстат; 2018. 694 с. / Russian Statistical Yearbook 2018. Moscow: Rosstat; 2018. 694 p.; Российский статистический ежегодник. М.: Росстат; 2020. 700 с. / Russian Statistical Yearbook 2020. Moscow: Rosstat; 2020. 700 p.

Основной тенденцией в секторе ОМС является сокращение числа страховых организаций: на рынке остаются наиболее крупные компании. С 2010 г. количество СМО сократилось почти в 3 раза: с 98 до 34 организаций³.

К примеру, в течение 2016 г. прекратили деятельность 6 организаций: у одной из них была отозвана лицензия, остальные были реорганизованы путем присоединения к другим СМО⁴.

По информации ФОМС, с 2010 г. постоянно ужесточаются законодательные требования к деятельности СМО, в том числе финансовые⁵. Так, с 2017 г. в 2 раза (до 120 млн руб.) были повышены требования к минимальному размеру уставного капитала СМО⁶. В результате этого в секторе ОМС остаются наиболее финансово устойчивые страховые компании, способные осуществлять весь возложенный на них функционал.

Частные МО включаются в единый реестр ОМС на основании направленного в ТФОМС уведомления. При этом ТФОМС не вправе отказать организации (индивидуальному предпринимателю) во включении в реестр (326-ФЗ, ст. 15, п. 2).

По данным ФОМС⁷, доля частных МО в системе ОМС в России увеличилась с 2,2% (253 организации) в 2007 г. до 35,9% (3309 организаций) в 2020 г. По мнению специалистов-практиков, привлечение частных МО способствует улучшению качества медицинской помощи, так как позволяет обеспечить лечебный процесс современным оборудованием и медицинскими технологиями [2]. Но в связи с этим возникает вопрос: хватит ли на всех финансовых ресурсов системы ОМС?

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Источники финансирования являются одним из основных факторов формирования и развития системы здравоохранения [3]. Если общественное здравоохранение в России обеспечивается в объеме, установленном Программой государственных гарантий, то надо рассматривать источники финансирования Программы.

Распределение затрат (различных видов медицинской помощи, отдельных расходов и др.) по источникам финансирования лежит в основе построения бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения (рис. 3).

При этом под «финансированием здравоохранения» подразумеваем финансирование МО, которые оказывают бесплатную медицинскую помощь населению страны.

Источниками финансирования Программы государственных гарантий являются:

³ Система ОМС в РФ. URL: <http://www.ffoms.gov.ru/system-oms/> (дата обращения: 25.01.2021).

⁴ Бюллетень Счетной палаты РФ. № 3 (231) 2017 г. URL: <https://ach.gov.ru/statements/byulleten-schetnoj-palaty-3-mart-2017-g-892> (дата обращения: 05.03.2021).

⁵ Страховые медицинские организации проинформируют застрахованных граждан о необходимости пройти диспансеризацию в 2018 году. URL: www.ffoms.gov.ru/news/ffoms-strakhovye-meditsinskie-organizatsii-proinformiruyut-zastrakhovannykh-grazhdan-o-neobkhodimosti-proy/ (дата обращения: 05.03.2021).

⁶ Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 (ред. от 30.12.2020) «Об организации страхового дела в РФ», ст. 25.

⁷ В ФОМС оценили уровень частной медицины. URL: <https://ria.ru/20200724/1574843699.html> (дата обращения: 25.01.2021).



Рис. 3 / Fig. 3. Бюджетно-страховая модель: распределение затрат (видов медицинской помощи, отдельных расходов) по источникам финансирования / Budgetary and insurance model: cost allocation (types of medical care, individual costs) by funding sources

Источник / Source: разработано и составлено автором на основе постановления Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (ред. от 12.04.2019) / developed and compiled by the author based on the Resolution of the Government of the Russian Federation of December 10, 2018, No. 1506 “The Program of state guarantees for access to free-of-charge medical aid for Russian citizens for 2019 and for the planned period 2020–2021” (latest version). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_313205/ (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021).



Рис. 4 / Fig. 4. Бюджетно-страховая модель: система межбюджетных отношений / Budgetary and insurance model: inter-budget relations system

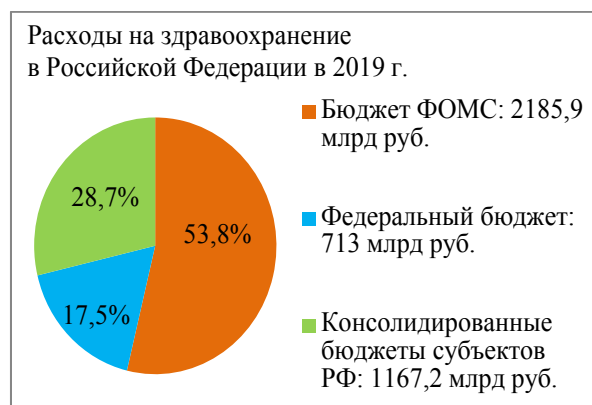
Источник / Source: разработано и составлено автором на основе отчетности Казначейства России по исполнению бюджетов в 2019 г. / developed and compiled by the author based on the Reporting on budget execution (2019) of Federal Treasury of the Russian Federation. URL: <https://roskazna.gov.ru/ispolnenie-byudzheto/> (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021).

- средства ОМС: бюджет ФОМС (бюджеты ТФОМС);
- средства федерального бюджета;
- средства бюджетов субъектов РФ (местных бюджетов — в случае передачи им соответствующих полномочий).

Таким образом, бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в РФ включает:

1. Бюджетное финансирование (полностью или в части отдельных расходов):

- определенных видов медицинской помощи, лекарственного обеспечения;



МБТ на здравоохранение в 2019 г., млрд руб.

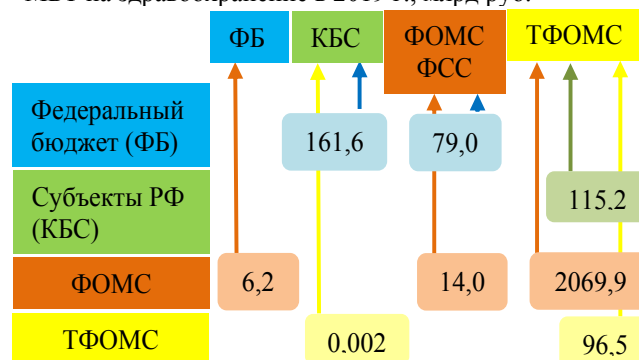


Рис. 5 / Fig. 5. Расходы на здравоохранение, межбюджетные трансферты в 2019 г. / Healthcare expenditures, inter-governmental transfers in 2019

Источник / Source: разработано и составлено автором по данным отчетности Казначейства России по исполнению бюджетов в 2019 г. / developed and compiled by the author based on the Reporting on budget execution (2019) data of Federal Treasury of the Russian Federation. URL: <https://roskazna.gov.ru/ispolnenie-byudzheto/> (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021).

- отдельных видов деятельности, мероприятий.

2. Внебюджетное финансирование:

- по системе ОМС;
- возможность получения доходов от оказания платных услуг (от собственности, иной предпринимательской деятельности).

Распределение расходов МО по соответствующим бюджетам представляет собой сложную систему. На ее базе выстроена не менее сложная система межбюджетных отношений (рис. 4), в которой проводится множество межбюджетных трансфертов (далее — МБТ).

С введением в 2013 г. преимущественно одноканального финансирования здравоохранения за счет средств ОМС [4] бюджет ФОМС к настоящему времени является основным источником финансирования здравоохранения в РФ (рис. 5).

Формирование доходов бюджета ФОМС (см. рис. 1) происходит главным образом за счет страховых взносов на ОМС работающего населения (65% в 2019 г.): работодатели отчисляют 5,1% от фонда оплаты труда (далее — ФОТ).

Плательщиками страховых взносов за неработающее население являются (уполномоченные) органы исполнительной власти субъектов РФ (см. рис. 1): по сути, это расчеты в пределах бюджетной системы РФ.

Остановимся на вопросе об обязанности по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения подробнее. Формально она возложена на работодателей (выступающих страхователями работающих граждан), которые, в свою очередь, так или иначе перекладывают ее на работников. Фактически, по мнению автора, речь идет все

же о целевом налогообложении работающего населения.

Как известно, страховые взносы заменили единый социальный налог (далее — ЕСН), т.е. они тоже имеют налоговую природу. С 2010 г. «обязательные платежи, предназначенные для мобилизации средств для реализации права граждан на государственное пенсионное и социальное обеспечение (страхование) и медицинскую помощь» (НК РФ, ст. 234, утратила силу), были трансформированы в «обязательные платежи на обязательное пенсионное, социальное, медицинское страхование в целях финансового обеспечения реализации прав застрахованных лиц» (НК РФ, ст. 8), что позволяет говорить о том, что суть их от этого не изменилась. До сих пор многие бухгалтеры употребляют термин «ЕСН», подразумевая страховые взносы⁸.

Показательно, что с 2017 г. администрирование страховых взносов перешло в ведение ФНС России (за исключением взносов от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, уплачиваемых в ФСС). Более того, одновременно обсуждались инициативы по упразднению страховых взносов и возвращению ЕСН⁹, оставшиеся на стадии разработки.

Плательщиками ЕСН также (как и страховых взносов) являлись работодатели, но по существу они выполняли, скорее, функции налоговых агентов (т.е. посредников). Когда те или иные авторы в своих

⁸ Страховые взносы в 2021 году. URL: <https://www.kontur-extern.ru/info/esn-strahovye-vznosy> (дата обращения: 25.03.2021).

⁹ Правительство задумалось о возвращении единого социального налога. URL: <https://www.forbes.ru/news/310791-pravitelstvo-zadumalos-o-vozvrashchenii-edinogo-sotsnalog> (дата обращения: 25.03.2021).

Таблица 1 / Table 1

**Основные характеристики автономного, бюджетного и казенного учреждений (АУ, БУ, КУ) /
Main characteristics of the autonomous, budgetary and governmental institutions (AI, BI, GI)**

Признак / Feature	Характеристика признака / Characteristic	Применение / Application		
		АУ / AI	БУ / BI	КУ / GI
Вид организации	Некоммерческая организация, созданная учредителем	+	+	–
	Государственное учреждение	–	–	+
Предназначение	Оказание госуслуг (выполнение работ, исполнение госфункций)	+	+	+
Нормативное правовое регулирование	«Об автономных учреждениях» от 03.11.2006 № 174-ФЗ	+	–	–
	«О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 № 7-ФЗ, ст. 9.2	–	+	–
	Бюджетный кодекс РФ от 31.07.1998 № 145-ФЗ, ст. 161	–	–	+
Управление	Присутствие наблюдательного совета в качестве надзорного органа	+	–	–
Гос. задание на оказание услуг	Формирует и утверждает учредитель	+	+	–
	Может быть сформировано, но не обязательно	–	–	+
Финансовое обеспечение деятельности	Средства ОМС (в сфере здравоохранения)	+	+/-	–
	Средства областного бюджета: субсидии	+	+	–
	Средства областного бюджета: бюджетная смета	–	–	+
	Доходы от оказания платных услуг (возможность получения)	+	+	+
Приносящая доходы деятельность	Самостоятельное распоряжение полученными доходами	+	+	–
	Зачисление полученных доходов в (соответствующий) бюджет	–	–	+
Распоряжение имуществом без согласия собственника	Недвижимое имущество: за счет средств собственника / собственных средств	–/+	–	–
	Особо ценное движимое имущество: за счет средств собственника / собственных средств	–/+	–/+	–
	Остальное имущество (на праве оперативного управления)	+	+	–
Контроль	Контроль за деятельностью осуществляет учредитель	+	+	+
Отчетность	С 2012 г. размещается в открытом доступе (на сайте bus.gov.ru)	+	+	+

Источник / Source: составлено автором на основе Федеральных законов (указаны в таблице) / compiled by the author based on the Federal Laws (listed in the Table).

работают предлагают установить дифференцированные тарифы страховых взносов на ОМС — в зависимости от уровня доходов [5], то имеют в виду доходы работников (а не работодателей), степень платежеспособности населения (а не хозяйствующих субъектов). Как полагает автор, плательщиками страховых взносов следовало бы признать физические лица (а не юридические), аналогично правилам взимания налога на доходы физических лиц (НДФЛ).

Таким образом, автор разделяет мнение о том, что реальный (фактический) источник финансирования здравоохранения — это трудоспособное, работающее население, те, кто создает эти средства своим трудом [6]. Всевозможные бюджеты — лишь каналы, транслирующие средства от потребителей медицинских услуг (населения) к поставщикам (МО), образуя при этом весьма разветвленную структуру.

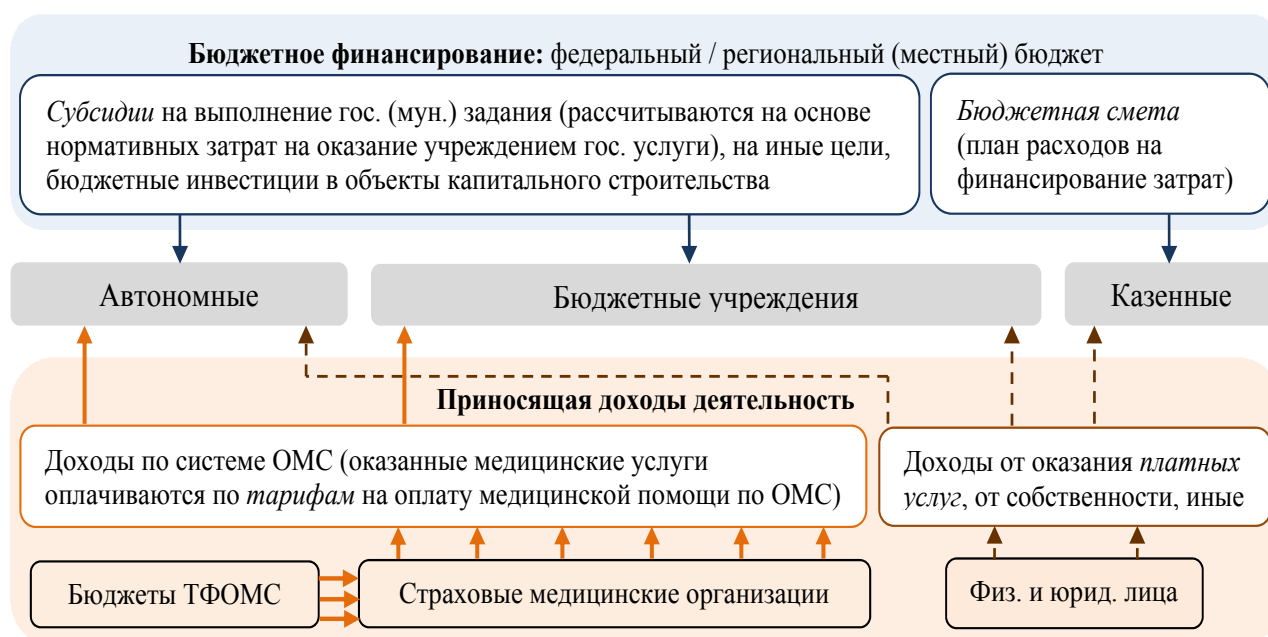


Рис. 6 / Fig. 6. Механизм финансирования государственных (муниципальных) медицинских организаций / Financing mechanism of governmental (public) medical organizations

Источник / Source: разработано и составлено автором на основе Федерального закона от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» (ред. от 15.10.2020) / developed and compiled by the author based on the Federal Law of November 3, 2006, No. 174-FZ "On autonomous institutions" (latest version). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_63635/ (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021); Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» (ред. от 08.06.2020) / Federal Law of January 12, 1996, No. 7-FZ "On non-profit organizations" (latest version). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8824/ (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021); Федерального закона от 31.07.1998 № 145-ФЗ «Бюджетный кодекс Российской Федерации» (ред. от 08.12.2020) / Federal Law of July 31, 1998, No. 145-FZ "Budgetary Code of the Russian Federation" (latest version). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/ (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021).

МЕХАНИЗМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) МО

В фокусе внимания государственные (муниципальные) МО, так как они выступают гарантами конституционного права граждан России на бесплатную медицинскую помощь¹⁰.

По своей организационно-правовой форме все государственные (муниципальные) МО подразделяются на три типа: автономные, бюджетные и казенные учреждения (табл. 1).

Исходя из этого, в рамках бюджетно-страховой модели возможны три способа финансирования (рис. 6) государственных (муниципальных) МО:

1. Средства ОМС + бюджетные субсидии (+ платные услуги).
2. Бюджетные субсидии (+ платные услуги).
3. Бюджетная смета (+ платные услуги).

¹⁰ Конституция Российской Федерации, принята 12.12.1993 (с изм. от 01.07.2020), ст. 41.

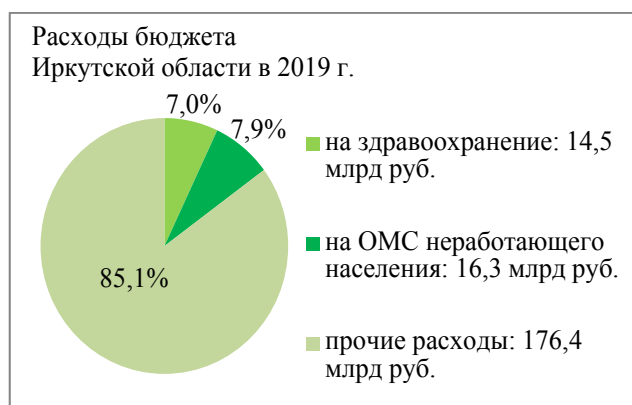
В результате проведения бюджетной реформы¹¹ были расширены права автономных и бюджетных учреждений по управлению финансами: внебюджетные доходы поступают в самостоятельное распоряжение учреждений¹². При этом в сфере здравоохранения внебюджетные доходы включают как средства ОМС, так и доходы от оказания платных услуг.

Наличие трех разных каналов поступления финансовых средств отличает сферу здравоохранения (от других отраслей) и определяет уникальность системы ее финансирования.

Рассмотрим состав участников территориальной программы. В качестве примера (здесь и далее) рассматривается территориальная программа Иркутской области на 2019 г.

¹¹ Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ (с изм. от 15.10.2020) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», ст. 5.

¹² Федеральный закон от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 08.12.2020) «Гражданский кодекс РФ (часть первая)», ст. 298.



Стоимость территориальной программы Иркутской области в 2019 г.

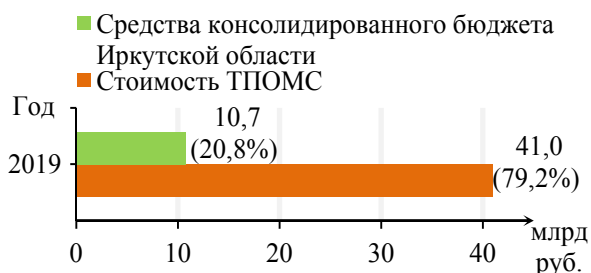


Рис. 7 / Fig. 7. Расходы на здравоохранение в Иркутской области в 2019 г. / Healthcare expenditures of the Irkutsk region in 2019

Источник / Source: Закон Иркутской области от 12.10.2020 № 83-ОЗ «Об исполнении областного бюджета за 2019 год» / Law of the Irkutsk region of October 12, 2020, No. 83-OZ "On execution of the regional budget in 2019" (latest version). URL: <http://www.openbudget.gfu.ru/ispolnenie-budgeta/law/> (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021); Постановление Правительства Иркутской области от 26.12.2018 № 965-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (с изм. от 30.12.2019) / Resolution of the Government of the Irkutsk region of December 26, 2018, No. 965-pp "The territorial program of state guarantees for access to free-of-charge medical aid for citizens in Irkutsk region for 2019 and for the planned period 2020–2021" (latest version). URL: <http://www.irkoms.ru/mo/cat/normativnyie-pravovyye-dokumenty-irkutskoi-oblasti-i-inyye-dokumenty> (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021).

Расходы бюджета Иркутской области в 2019 г. на здравоохранение и на страхование неработающего населения составили почти 15% от всех расходов (рис. 7).

Стоимость территориальной программы Иркутской области в 2019 г. почти на 80% сформирована за счет средств ОМС (рис. 7).

Подушевой норматив финансирования составляет 20 768,7 руб., из них:

- 4481,0 руб. — за счет средств бюджета (на 1 жителя);
- 16 287,7 руб. — за счет средств ОМС (на 1 застрахованное лицо).

В территориальной программе Иркутской области в 2019 г. участвовало 160 организаций, из них 76,9% государственных и 23,1% частных (табл. 2). При этом 85,4% государственных МО финансируются по системе ОМС: они осуществляют деятельность в соответствии с обязательствами перед страховщиком по ОМС и государственным заданием.

В условиях преимущественно одноканального финансирования большинство государственных МО, работающих в системе ОМС, финансируется по смешанной модели, но с преобладанием средств ОМС (см. рис. 6).

Вместе с тем соотношение источников финансирования может варьироваться — от полноценного двухканального финансирования (если не учитывать доходы от платных услуг) до одноканального

в чистом виде или же почти такого. Рассмотрим данные случаи и порядок финансирования МО по территориальной программе в целом (табл. 3).

В связи с изменением в 2019 г. форм приложений территориальной программы данные приводятся за 2018 г. (табл. 3).

Примером двухканального финансирования может служить деятельность учреждения такого профиля, как кожно-венерологический диспансер (см. табл. 3), который оказывает медицинскую помощь при дерматологических заболеваниях и при заболеваниях, передаваемых половым путем (исключениях из ОМС, см. рис. 3).

Среди участников территориальной программы Иркутской области в 2018 г. государственной системы здравоохранения гериатрический центр и медико-санитарная часть (табл. 3) оказывали услуги только за счет средств ОМС (как и все частные МО, которые по определению не финансируются из бюджета).

Далее в табл. 3 представлены случаи, где степень государственного участия в финансировании оказываемых услуг сведена к минимуму.

За счет средств бюджета софинансируется один вид медицинской помощи [поликлиники, перинатальные центры, клиническая больница (1), детская клиническая больница], два вида [клиническая больница (2), городская больница], три вида [районная больница], при этом доля бюджетных средств не превышает 1–2%.

Таблица 2 / Table 2

**Состав участников территориальной программы Иркутской области в 2019 г. /
List of participants in the territorial program of the Irkutsk region in 2019**

Организационно-правовые формы / Organizational and legal forms	Виды организаций / Types of organizations
Участники территориальной программы ОМС государственной системы здравоохранения: 105 организаций	
ФГБУЗ (федер. гос. бюджетное учреждение здравоохранения); ФКУЗ (федер. казенное учреждение здравоохранения); ФГБНУ (федер. гос. бюджетное научное учреждение); ФГБОУ ВО (федер. гос. бюдж. образовательное учр. высшего образования); ФГБОУ ДПО (дополнительного профессионального образования), ФГАУ (федер. гос. автономное учреждение); ОГБУЗ (областное гос. бюджетное учреждение здравоохранения); ОГАУЗ (областное гос. автономное учреждение здравоохранения); ОГБУСО (областное гос. бюджетное учреждение соц. обслуживания)	Поликлиника, медико-санитарная часть, больница, диспансер, станция скорой мед. помощи, госпиталь, санаторий, центр, бюро, университет, институт, академия
Участники территориальной программы ОМС частной системы здравоохранения: 37 организаций	
ООО (общество с ограниченной ответственностью); АО (акционерное общество), ЗАО (закрытое АО); АНО (автономная некоммерческая организация); Частное учреждение, частное учреждение здравоохранения	Поликлиника, медико-санитарная часть, клиника, больница, санаторий, курорт, центр, аэропорт
Медицинские организации, не осуществляющие деятельность в сфере ОМС: 18 организаций	
ОГБУЗ (областное гос. бюджетное учреждение здравоохранения); ОГКУЗ (областное гос. казенное учреждение здравоохранения)	Больница, диспансер, хоспис, станция переливания крови, центр, бюро, дом ребенка

Источник / Source: составлено автором на основе постановления Правительства Иркутской области от 26.12.2018 № 965-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (с изм. от 30.12.2019) / compiled by the author based on the Resolution of the Government of the Irkutsk region of December 26, 2018, No. 965-pp "The territorial program of state guarantees for access to free-of-charge medical aid for citizens in Irkutsk region for 2019 and for the planned period 2020–2021" (latest version). URL: <http://www.irkoms.ru/mo/cat/normativnyie-pravovyye-dokumenty-irkutskoi-oblasti-i-inyye-dokumenty> (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021).

В натуральном выражении это совсем небольшие объемы медицинской помощи: от нескольких десятков, сотен до 1,4 тыс. единиц (см. табл. 3).

ПОД КОНТРОЛЕМ ГОСУДАРСТВА: БЮДЖЕТНЫЙ СЕГМЕНТ

Сегмент учреждений, не осуществляющих деятельность в сфере ОМС, занимает особое место в бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения.

Рассмотрим их состав на примере участников территориальной программы Иркутской области в 2019 г. (табл. 4).

В соответствии с Программой государственных гарантий (см. рис. 3) за счет средств областного бюджета осуществляется финансирование (табл. 4):

- медицинской помощи при заболеваниях-исключениях из программы ОМС;

- паллиативной медицинской помощи;
- медицинской помощи, государственных услуг в центрах профилактики и борьбы со СПИДом, центрах медицинской профилактики, бюро судебно-медицинской экспертизы, станциях переливания крови, домах ребенка, врачебно-физкультурных диспансерах и др. (за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС).

По своей организационно-правовой форме большинство учреждений являются бюджетными (табл. 4).

Клинические психиатрические больницы и дома ребенка преобразованы в казенные в соответствии с требованиями законодательства РФ¹³.

¹³ Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ (с изм. от 15.10.2020) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», ст. 31.

Таблица 3 / Table 3

Плановые объемы медицинской помощи в 2018 г. (примеры) / Planned volumes of medical care in 2018 (some examples)

Вид (профиль) деятельности (все ОГБУЗ, ОГАУЗ) / Type (profile) of activity (all OGBUZ, OGAUZ)	Случаи госпитализации (удельный вес, %) Hospitalization cases (share, %)		Амбулаторно-поликлиническая помощь (обращений, посещений): (удельный вес, %) / Outpatient care (calls, visits): (share, %)					Пролеченные больные в дневных стационарах (удельный вес, %) / Patients treated in day hospitals (share, %)	
			обращ. / call	посещ. / visit	обращ. / call	посещ. / visit	в неотложной форме / Emergency		
	Бюджет / Budget	За счет ОМС / CMI	За счет средств бюджета / Budget-funded		За счет средств ОМС / CMI-funded			Бюджет / Budget	За счет ОМС / CMI
Областной кожно-венерологический диспансер	1950 (59,0)	1354 (41,0)	50 032 (59,3)	50 260 (61,9)	34 400 (40,7)	30 900 (38,1)	—	116 (6,3)	1713 (93,7)
Областной гериатрич. центр	—	980	—	—	10 380	5500	1735	—	84
Медико-санитарная часть	—	—	—	—	45 050	36 895	11 765	—	3200
Городская поликлиника (1)	—	—	130 (0,2)	995 (1,6)	72 614 (99,8)	61 740 (98,4)	12 233	—	2871
Городская поликлиника (2)	—	—	334 (0,4)	1358 (0,9)	78 138 (99,6)	142 451 (99,1)	22 004	—	3137
Перинатальный центр (1)	30 (0,5)	6535 (99,5)	—	—	10 400	37 348	—	—	1234
Перинатальный центр (2)	98 (0,7)	14 004 (99,3)	—	—	8476	24 900	2600	—	1255
Городская клин. больница (1)	240 (1,3)	18 508 (98,7)	—	—	109 313	193 900	55 095	—	3763
Городская клин. больница (2)	37 (0,6)	6167 (99,4)	—	120 (0,1)	68 702	90 053 (99,9)	20 832	—	1700
Городская детская клин. больница	311 (1,5)	19 900 (98,5)	—	—	3250	—	59 000	—	1750
Городская больница	89 (1,9)	4677 (98,1)	1254 (1,3)	242 (0,3)	97 654 (98,7)	91 405 (99,7)	26 911	—	3238
Районная больница	12 (1,6)	747 (98,4)	40 (0,9)	132 (1,4)	4279 (99,1)	9540 (98,6)	800	Вызовы скорой мед. помощи	
								20 (2,1)	920 (97,9)

Источник / Source: составлено и рассчитано автором на основе постановления Правительства Иркутской области от 28.12.2017 № 882-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (с изм. от 26.12.2018) / compiled and calculated by the author based on the Resolution of the Government of the Irkutsk region of December 28, 2017, No. 882-pp "The territorial program of state guarantees for access to free-of-charge medical aid for citizens in Irkutsk region for 2018 and for the planned period 2019–2020" (latest version). URL: <http://www.irkoms.ru/mo/cat/normativnyie-pravovyye-dokumenty-irkutskoi-oblasti-i-inyie-dokumenty> (дата обращения: 25.01.2021) / (accessed on 25.01.2021).

Таблица 4 / Table 4

**Учреждения здравоохранения, не осуществляющие деятельность в сфере ОМС /
Characteristics of health care institutions that do work in the CMI sector**

Вид медицинской организации / Type of medical organization	Профиль деятельности / Activity	Организационно-правовая форма / Organizational and legal form
Больница, диспансер: 3 орг.	Психиатрическая и наркологическая мед. помощь	ОГКУЗ, ОГБУЗ
Больница, диспансер: 3 орг.	Мед. помощь больным туберкулезом	ОГБУЗ
Больница, хоспис: 2 орг.	Паллиативная мед. помощь	ОГБУЗ
Центр: 2 орг.	Профилактика и борьба со СПИД; мед. профилактика	ОГБУЗ
Бюро: 1 орг.	Судебно-медицинская экспертиза	ОГБУЗ
Станция переливания крови: 1 орг.	Заготовка донорской крови и ее компонентов	ОГБУЗ
Дом ребенка: 5 орг.	Уход за детьми, оставшимися без попечения родителей	ОГКУЗ
Диспансер (врачебно-физкультурный): 1 орг.	Мед. обеспечение спорта, физ. культуры, реабилитации	ОГБУЗ

Источник / Source: см. табл. 2 / see Table 2.

Рассмотрим порядок финансирования указанных учреждений (табл. 5).

Все виды медицинской помощи, оказываемые данными учреждениями в 2018 г., финансировались за счет средств областного бюджета (см. табл. 5).

Исключением является деятельность врачебно-физкультурного диспансера (см. табл. 5), где 0,03% объемов медицинской помощи (в части видов, включенных в базовую программу ОМС) запланировано за счет средств ОМС (с учетом того, что обращение — это законченный случай лечения с кратностью посещений не менее 2).

Рассмотрим, чем же обусловлено исключение из программы ОМС отдельных заболеваний (см. рис. 3).

Заболевания, не включенные в программу ОМС, входят в Перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих¹⁴, по причине высокого уровня инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших (наряду с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями и др.).

Оказание медицинской помощи при этих заболеваниях регулируется отдельными федеральными законами (табл. 6).

¹⁴ Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 (ред. от 31.01.2020) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

Помимо этого, в 2020 г. принят межотраслевой Федеральный закон «О биологической безопасности», согласно которому к основным биологическим угрозам, в том числе, относятся: туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты¹⁵.

Таким образом, исключение из программы ОМС отдельных видов медицинской помощи продиктовано необходимостью реализации следующих мер:

1. Осуществление наиболее полного государственного контроля за системой оказания медицинской помощи в целях предотвращения критического уровня распространения опасных патологий в обществе.

2. Обеспечение соблюдения законности определенных видов медицинской деятельности в форме установления государственной монополии на них.

3. Снижение рисков, связанных с деятельностью учреждений здравоохранения в системе ОМС.

Что это за риски — вопрос отдельный. Однако невключение в программу ОМС социально значимых заболеваний прямо указывает на то, что такие риски существуют.

Что касается оказания паллиативной помощи, то это важнейший вопрос, имеющий не только ме-

¹⁵ Федеральный закон от 30.12.2020 № 492-ФЗ «О биологической безопасности».

Таблица 5 / Table 5

Плановые объемы медицинской помощи в 2018 г. (не по ОМС) /
Planned volumes of medical care in 2018 (non-CMI)

Вид (профиль) деятельности / Type (profile) of activity	Койко-дни в стационаре / Impatient days	Случаи госпитализации / Hospitalization cases	Амбулаторно-поликлиническая помощь / Outpatient care:			Пролеченные в дневном стационаре за счет средств бюджета / Treated in a day hospital, budget-funded
			обращ. / call	посещ. / visit	обращ. / call	
	за счет средств бюджета / Budget-funded		за счет средств бюджета / budget-funded		за счет ОМС / CMI-funded	
Психиатрическая больница	–	4102	–	–	–	646
Психиатрическая больница	–	974	–	–	–	–
Психоневрологический диспан.	–	7020	35 233	109 331	–	2783
Туберкулезная больница	–	3484	39 934	163 965	–	326
Туберкулезная больница	–	330	–	–	–	–
Туберкулезный диспансер	–	542	1706	2854	–	61
Больница (хоспис)	31 500	–	–	1343	–	–
Хоспис	5331	–	–	284	–	–
Центр СПИД	–	–	–	84 576	–	–
Врачебно-физкультурн. диспан.	–	–	–	78 871	10	–

Источник / Source: составлено автором по данным: см. табл. 3 / compiled by the author based on Table 3.

дицинское, но и социальное, общественное, нравственное измерение¹⁶.

О необходимости создания нового направления в медицине — паллиативной помощи — Всемирная организация здравоохранения (далее — ВОЗ) объявила в 1982 г. [7].

К ВОПРОСУ О РАСЧЕТЕ СТОИМОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Стоимость территориальной программы (и стоимость ТПОМС) рассчитывается как сумма произведений объемов (различных видов) медицинской помощи и финансовых затрат на их оказание (так утверждает подушевой норматив финансирования) с последующим умножением на численность постоянного / застрахованного населения субъекта РФ.

Ключевыми полномочиями при формировании территориальной программы являются: распределение объемов медицинской помощи между МО;

установление тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС.

Главной проблемой при формировании территориальных программ является балансировка:

- финансовых возможностей субъекта РФ (которые ограничены размером субвенции, предоставленной бюджету ТФОМС из бюджета ФОМС, и уровнем доходов регионального бюджета);
- финансовых потребностей территориальной сети МО (которая включает как государственные организации, по умолчанию, так и частные, по уведомлению).

Исходя из общего размера субвенций (установленного в бюджете), ФОМС рассчитывает размер субвенции для каждого региона на основе таких показателей¹⁷, как:

- норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС;

¹⁶ Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 20.02.2019.

¹⁷ Постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 (ред. от 08.10.2020) «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС».

Таблица 6 / Table 6

**Государственное регулирование отдельных видов медицинской помощи /
Government regulation of certain types of medical care**

Вид медицинской помощи / Type of medical care	Федеральный закон / Federal Law	Информация о финансировании / организации / Funding / Organization Information
Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным, больным СПИД	От 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», ст. 4	Мероприятия (в подведомственных МО) финансируются за счет федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, мун. образований (ст. 6)
Медицинская помощь больным туберкулезом	От 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ», ст. 7	Помощь оказывается противотуберкулезными МО, имеющими лицензии (ст. 8); организована система по оказанию помощи в специализированных федеральных и региональных МО (ст. 4, 5)
Психиатрическая помощь	Закон РФ от 02.07.1992 № 3185–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. 16	Оказание помощи (в подведомственных МО) финансируется за счет федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ (ст. 17)
Наркологическая помощь	От 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», ст. 54	Лечение больных (лечение расстройств психики и поведения, вызванных употреблением психоактивных веществ) проводится только в гос. (мун.) МО (ст. 55)
Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (опубликован новый законопроект)	От 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 47; Закон РФ от 22.12.1992 № 4180–1 «О трансплантации органов и тканей человека»	Забор, заготовка, трансплантация органов и тканей осуществляются в гос. и мун. МО (Закон РФ № 4180–1, ст. 4), перечень которых утверждается приказом Минздрава России и РАН
Паллиативная медицинская помощь	От 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 36 (в ред. Федерального закона от 06.03.2019 № 18-ФЗ)	МО направляет в субъект РФ обращение о предоставлении соц. обслуживания пациенту (положение об организации оказания паллиативной мед. помощи, п. 18, утв. приказами Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019)

Источник / Source: составлено автором / compiled by the author.

- численность застрахованного населения;
- коэффициент дифференциации (для данного субъекта РФ), коэффициент корректировки по доле участия федеральных МО (нововведение).

Исходя в первую очередь из размера субвенции из бюджета ФОМС, регионы рассчитывают объемы финансирования для МО. При этом формулу расчета стоимости территориальной программы можно представить в виде уравнения:

$$\text{Суб} + B = \sum_{i=1}^n (\text{Об}_{ai} * \text{Затр}_a + \text{Об}_{bi} * \text{Затр}_b + \text{Об}_{ci} * \text{Затр}_c),$$

где Суб + Б — субвенция и утвержденный объем бюджетных средств, руб.;

a, b, c — виды медицинской помощи;

$\text{Затр}_a, \text{Затр}_b, \text{Затр}_c$ — нормативы финансовых затрат на ед. объема медицинской помощи, руб.;

$\text{Об}_{ai}, \text{Об}_{bi}, \text{Об}_{ci}$ — объемы медицинской помощи для i -й МО, ед.;

n — количество МО.

Программа государственных гарантий устанавливает средние нормативы (объемов медицинской помощи и финансовых затрат). В соответствии с этим, но с учетом региональных особенностей,

в территориальных программах устанавливаются территориальные (дифференцированные) нормативы: в расчете на 1 жителя, на 1 застрахованное лицо в год.

При умножении нормативов объемов на численность населения региона получают общие (плановые) объемы медицинской помощи, которые затем распределяются между МО.

Следовательно, единственной переменной в этой формуле, которую можно изменять (с сохранением суммарного значения) является Об, т.е. объем медицинской помощи для каждой конкретной МО.

Основой формирования территориальной программы¹⁸ является потребность населения в медицинской помощи (определяется согласно данным медицинской статистики). Так, в ТПОМС объемы медицинских услуг распределяются между МО, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и количества прикрепленного населения к амбулаторно-поликлиническим МО¹⁹. При этом превышение установленных объемов влечет применение к МО санкций.

Однако оплата медицинской помощи по ОМС — расчет стоимости медицинских услуг и установление тарифов — предполагает применение коэффициентов, позволяющих учесть различия в размерах расходов МО²⁰. К ним относятся (за исключением коэффициентов, отражающих затратоемкость случаев лечения): коэффициент дифференциации, устанавливаемый для отдельных территорий на федеральном уровне, и поправочные коэффициенты, устанавливаемые на региональном уровне, включающие коэффициент уровня (подуровня) МО и коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

В России — трехуровневая система организации медицинской помощи, в дополнение к этому по каждому уровню могут выделяться подуровни (не более 5), также с установлением коэффициентов.

Коэффициенты специфики (ранее использовался управленческий коэффициент) могут применяться

к конкретным клинко-статистическим группам заболеваний (КСГ) или устанавливаться с учетом таких критериев, как: плотность населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности регионов, достижение целевых показателей и т.п. При расчете коэффициентов специфики для МО, оказывающих амбулаторную помощь и имеющих прикрепленное население, учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации (устанавливаемые в зависимости от структуры населения).

Так, тарифы на оказание медицинской помощи по ОМС дифференцируются в зависимости от характеристик МО.

Тогда как при распределении объемов медицинской помощи в территориальной программе специфика МО не учитывается (см. *формулу расчета стоимости программы*), что может быть скорректировано только путем перераспределения объемов услуг.

Но, во-первых, вследствие такой корректировки искажаются потребности населения в медицинской помощи; во-вторых, подобный способ (установления объемов) вообще не может считаться экономически обоснованным.

Поэтому принятый метод распределения объемов медицинской помощи (т.е. объемов финансирования для МО) не является точным, так как не учитывает разницу в затратах на оказание медицинских услуг различными МО.

Помимо этого, на реальный размер расходов МО могут оказывать влияние и другие факторы, такие как потребность в кадрах, состояние материально-технической базы, зданий и сооружений и т.д.

Но используемый метод расчета объемов финансирования МО ориентирован на «управление результатами» (оплату количества оказанных услуг), а не на «управление затратами» (финансирование расходов по содержанию сети учреждений). Однако с учетом того факта, что управление результатами в сфере здравоохранения представляет собой сложный нелинейный процесс [8], такой подход не всегда работает корректно. Представляется, что для расчета объемов финансирования МО следовало бы использовать и метод учета затрат (если не как основной, то как дополняющий).

Таким образом, для разработки мер по обеспечению финансовой сбалансированности территориальной программы необходимо как минимум несколько условий.

Первое — требуется точно установить размер дефицита (профицита) средств. Для этого надо

¹⁸ Письмо Минздрава России от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

¹⁹ Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области. 30.12.2020.

²⁰ Письмо Минздрава России от 30.12.2020 № 11-7/И/2-20691, ФОМС № 00-10-26-2-04/11-51 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

определить «финансовые потребности территориальной сети МО» как сумму денежных средств, достаточных для надлежащего функционирования каждой МО, входящей в сеть.

Второе — следует сформировать саму территориальную сеть. Минздрав России рекомендует в рамках территориальной программы осуществлять распределение МО по уровням. Также, по мнению автора, целесообразно разделить государственные (муниципальные) и частные МО. ФОМС уже сообщал о планах изменить принцип включения частных МО в систему ОМС с уведомительного на заявительный²¹.

РЕФОРМА ОМС: ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ОСНОВНОЙ ЗАКОН

Главным законодательным нововведением 2020 г. стало внесение изменений в закон об ОМС²², которые модифицируют механизм финансирования федеральных МО.

С 2021 г. деятельность федеральных МО, оказывающих специализированную медицинскую помощь (в том числе высокотехнологичную) по программе ОМС, будет финансироваться непосредственно из ФОМС, минуя как ТФОМС, так и СМО.

При этом порядок распределения объемов медицинской помощи и определения тарифов устанавливается Правительством РФ в составе базовой программы ОМС. Обязанность по проведению контроля медицинской помощи переходит к ФОМС.

Оплата медицинской помощи будет осуществляться на основании новой формы договора: на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (заключается между федеральной МО и ФОМС).

При этом федеральная МО вправе оказывать медицинскую помощь и по ТПОМС — в случае установления ей объемов медицинской помощи.

Отдельные изменения затрагивают деятельность ТФОМС и СМО.

В частности, медицинскую помощь, оказанную застрахованному лицу в другом регионе РФ, будет оплачивать (и осуществлять контроль) ТФОМС, а не СМО.

За СМО сохраняются обязанности по осуществлению контроля медицинской помощи (в том числе проведение медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи), тогда как обязанность по проведению медико-экономического контроля закрепляется за ТФОМС (вправе проводить любые контрольные мероприятия, в том числе повторно).

Кроме этого, новый закон предусматривает уменьшение размера средств, предназначенных на ведение дел по ОМС: от 1–2 до 0,8–1,1% от суммы средств, поступивших в СМО (по дифференцированным подушевым нормативам). Изначально планировалось сократить размер вознаграждения СМО вдвое, но по причине базового несогласия с проводимой реформой со стороны страховых компаний, значение норматива было скорректировано.

В ходе обсуждения законопроекта обеспокоенность по поводу отхода от страховых принципов в системе ОМС также высказывали представители Счетной палаты РФ, Минфина России, Банка России [9].

Как отмечают аудиторы Счетной палаты РФ²³, новый закон потребует принятия значительно количества подзаконных актов, в том числе по причине разнородности внесенных изменений.

На сегодняшний день в России несколько десятков федеральных МО, оказывающих специализированную помощь. Принятые поправки призваны решить проблему недофинансирования их деятельности в рамках ТПОМС. Из-за нехватки средств федеральным учреждениям выделялись недостаточные объемы медицинской помощи и по тарифам, не возмещающим их фактические затраты [10]. По мнению экспертов, изменение механизма финансирования сможет гарантировать МО стабильность работы и уверенность в том, что их мощности будут работать на благо пациентов [11].

О ДИЗАЙНЕ ФИНАНСОВОЙ МОДЕЛИ И ПРОБЛЕМАХ ЕЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Дуальный характер финансовой модели общественного здравоохранения проявляется в наличии внешней (доходной) и внутренней (расходной) сторон [12].

Предметом настоящего исследования стал «внешний блок», включающий механизмы фор-

²¹ ТФОМС: В 2020 году на работу частных клиник в ОМС запланировано 148,5 млрд рублей. URL: <https://vademec.ru/news/2020/07/24/ffoms-v-2020-godu-na-rabotu-chastnykh-klinik-v-oms-zaplanirovano-148-5-mlrd-rublej/> (дата обращения: 26.02.2020).

²² Федеральный закон от 08.12.2020 № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ»».

²³ Счетная палата подготовила заключение на поправки в закон об ОМС. URL: <https://ach.gov.ru/expertise/schetnaya-palata-podgotovila-zaklyuchenie-na-popravki-v-zakon-ob-oms> (дата обращения: 25.01.2021).

мирования и распределения государством финансовых ресурсов, предназначенных на обеспечение охраны здоровья населения.

Механизмы использования финансовых средств («внутренний блок»), в том числе вопросы организации системы здравоохранения в целом и деятельности в ней МО (формирование отчетности за оказание медицинских услуг и способы их оплаты, распоряжение доходами, учет и обоснование затрат), а также методы установления тарифов по ОМС, расчета субсидий и объемов сметного финансирования, вынесены за рамки данной статьи.

Существующая модель финансирования здравоохранения сложилась в результате постепенных преобразований, обусловленных в первую очередь развитием системы ОМС [13]. Характер построения бюджетно-страховой модели свидетельствует, скорее, об эмпирическом пути ее становления, об отсутствии научного сопровождения процесса реформирования финансовых отношений [12].

В основе построения бюджетно-страховой модели, если кратко резюмировать результаты исследования, находится программа ОМС в качестве ядра и длинный список исключений на периферии: определенных видов медицинской помощи и лекарственного обеспечения, видов деятельности, мероприятий, отдельных расходов [14].

Особняком стоят заболевания (из перечня социально значимых и представляющих опасность для окружающих) и виды деятельности (требующие государственного надзора), не включенные в программу ОМС.

По своей сути система ОМС, отвечающая за страховую составляющую комбинированной модели [15], не является страховой в общепринятом смысле. Коммерческое страхование предполагает оценку страховщиком страхового риска, вероятных убытков и прибыли, а также возможность установления индивидуальных условий страхования (объемов страховых обязательств, размеров премий и выплат) в зависимости от характеристик застрахованного и платежеспособности страхователя.

ОМС не преследует цели получения прибыли (ФОМС — некоммерческая организация), предусматривает единые правила предоставления (бесплатной) медицинской помощи и единые тарифы страховых взносов для всего населения. Уплата страховых взносов за неработающее население осуществляется за счет бюджетных средств [16]. Это позволяет обеспечить всеобщность и бесплатность российского здравоохранения, так как ОМС, по определению, это вид социального страхования.

За период 2015–2019 гг. расходы на здравоохранение консолидированного бюджета РФ и бюджетов ГВФ²⁴ выросли почти на 1/3, или на 32,5% (от 2861,0 до 3789,7 млрд руб.).

Вместе с тем проблема недофинансирования деятельности учреждений здравоохранения сохраняется. Так, в докладе специалистов Высшей школы экономики указывается на сложное экономическое положение многих МО, нарастающие финансовые проблемы отрасли. Главные причины этого авторы видят в снижающемся объеме финансирования здравоохранения и росте цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, обусловленном ослаблением курса рубля [10].

Для того чтобы увеличить объемы финансирования отрасли, потребовалось бы повысить ставку тарифа страхового взноса. Однако увеличение социальной нагрузки на ФОТ в экономике России нежелательно, поскольку это может повлечь за собой занижение официального размера заработной платы и численности трудоустроенных [17].

Что же является причиной роста расходов? Только ли инфляционные процессы?

По мнению американских авторов, предоставление медицинских услуг на бесплатной основе приводит к избыточному спросу на них и, как следствие, росту расходов на здравоохранение [18]. Однако есть основания полагать, что в России большая часть населения все же не обращается к врачу без необходимости. С учетом того, что ведение отчетности происходит в электронном виде [19], возможно провести соответствующее исследование.

Если там «медицинское обслуживание для всех» — недостижимая для многих мечта [20], то здесь — это традиция, обычай. И не стоит забывать о том, что «бесплатность» российского здравоохранения обеспечивается за счет средств плательщиков страховых взносов, возвратность которых не предусмотрена [21].

Вместе с тем в России ни государство, ни бизнес, ни общество не проявляют должной заинтересованности в том, чтобы инвестировать в качество населения [22]. Поэтому наиболее приемлемым для России путем представляется реформирование системы здравоохранения в ее традиционном русле. Копирование зарубежного опыта в социальной сфере, в лучшем случае, приводит лишь к имитации форм и методов работы [23].

²⁴ Отчетность Казначейства России по исполнению бюджетов. URL: <https://roskazna.gov.ru/ispolnenie-byudzhetrov/> (дата обращения: 25.01.2021).

Так, внедрение принципов коммерческого страхования в ОМС может привести к снижению объема социальных гарантий, дискриминации пациентов в отношении медицинского обслуживания и ослаблению способности страны противостоять глобальным вызовам. Стратегические риски для здоровья народонаселения требуют обязательного государственного контроля ключевых процессов в медицинской отрасли [3].

Растущий спрос на услуги здравоохранения в России в значительной степени определяется объективными факторами, такими как демографические изменения и сопутствующее бремя болезней [3].

Однако уместнее говорить не об избыточном спросе, а об ограниченных объемах медицинской помощи. При формировании стоимости территориальных программ объемы медицинских услуг балансируются с имеющимися в распоряжении финансовыми ресурсами, что, с одной стороны, вызывает «феномен очередей» [3], а с другой — недофинансирование (части) учреждений здравоохранения.

В основу системы ОМС положен гонорарный способ оплаты, т.е. провозглашен переход от обеспечения учреждений здравоохранения финансовыми средствами к их зарабатыванию, в зависимости от объема и качества оказываемых услуг [6]. Проблема распределения финансовых средств (объемов медицинской помощи) в рамках территориальных программ напрямую связана с понятием справедливости. Вопрос: на каких основаниях должен осуществляться «поиск компромиссных решений» [12] между справедливостью и экономической эффективностью?

Но помимо объективных причин роста расходов на здравоохранение (таких как состояние здоровья населения, инфляционная составляющая) существуют и другие. Проблема российского здравоохранения в том, что расходы растут опережающими темпами (по сравнению с доходами). Складывается впечатление, что сколько бы не добавили средств — все равно будет мало, что нивелирует достижения ФОМС в части сбора страховых взносов [1]. Очевидно, что причины этого явления кроются в самой системе.

ВЫВОДЫ

Проблемы финансирования здравоохранения сконцентрированы не столько в части формирования средств, сколько в их распределении и использовании. Даже увеличение объемов финансирования отрасли — без изменения ее организа-

ционно-экономической системы — может не дать ожидаемых результатов.

На основании всего вышеизложенного можно выделить три основные проблемы в построении бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения и в соответствии с этим определить цели и направления дальнейших исследований:

1. Перегруженность. Полиструктурность и асимметричность финансовой модели излишне усложняют финансовые потоки. Сюда относятся как расчеты в системе ОМС, так и между бюджетами всех уровней в процессе софинансирования расходов на здравоохранение. Все это формирует значительные непроизводительные расходы (транзакционные издержки).

Проблемы финансирования здравоохранения сконцентрированы не столько в части формирования средств, сколько в их распределении и использовании. Даже увеличение объемов финансирования отрасли — без изменения ее организационно-экономической системы — может не дать ожидаемых результатов.

В числе причин мирового финансового кризиса 2007–2008 гг. называют «груз» транзакционных издержек, который обрушил в первую очередь финансовый сектор экономики [24]. В целях сокращения транзакционных издержек, которые имеют свойство наращиваться при наличии в стране «серой» экономики, коррупции, прочих нелегитимных отношений [25], следует пересмотреть организацию системы здравоохранения и механизм ее финансового обеспечения. Среди множества факторов, вызывающих проблемы в работе системы здравоохранения, организационный — является критическим [26].

Как полагает автор, на первом этапе следовало бы отказаться от чрезмерной фрагментарности финансирования МО. В частности, нерационально финансировать 1–2% (однородных) услуг, оказываемых учреждением, за счет бюджетных средств (см. табл. 3) или, наоборот, за счет средств ОМС (см. табл. 5). Надо разграничить полномочия по

финансированию МО так, чтобы за счет одного источника финансировались не 95–99% медицинских услуг в рамках одного учреждения, а все 100%.

Фрагментарность финансирования и администрирования были названы ВОЗ в числе основных причин неэффективного использования ресурсов системы здравоохранения²⁵.

По мнению автора, перспективы по обеспечению консолидации источников финансирования государственных (муниципальных) МО заключаются в структурировании территориальной сети МО: выделении подсистем учреждений. В принципе реформирование механизма финансирования здравоохранения в соответствии с изменениями, внесенными новым законом, осуществляется именно в этом ключе.

2. Противоречивость. Речь идет о потенциальном конфликте главной цели общественного здравоохранения (обеспечение оказания медицинской помощи населению на условиях бесплатности, доступности и качества) и его коммерческой составляющей (финансовых стимулов деятельности).

Для минимизации существующих противоречий необходимо проанализировать мотивацию всех участников системы здравоохранения и на основании этого скорректировать их функциональные роли и финансовые отношения. При этом необходимо учитывать следующие принципы: единства цели здравоохранительной деятельности; экономности, справедливости и прозрачности в использовании ресурсов; подотчетности участников и органов управления системой здравоохранения на разных уровнях.

Одним из наиболее показательных примеров искаженной мотивации является то, что СМО (за выявление нарушений) получают определенный процент от сумм, уплачиваемых МО в результате применения к ним санкций (326-ФЗ, ст. 28). Фактически происходит «монетизация нарушений» (СМО заинтересованы в наличии нарушений, а не в отсутствии).

Причем с точки зрения мотивации сомнителен не только способ вознаграждения за осуществление функций по контролю качества медицинской помощи, но и сама эта мера (применение штрафных санкций) как таковая.

Нельзя не согласиться с тем, что целью реформирования здравоохранения должно быть непрерыв-

ное улучшение качества медицинской помощи²⁶. Но сам по себе механизм применения санкций к МО не способствует качественным преобразованиям, необходимо предусмотреть какие-то другие меры, стимулирующие к реальным изменениям в этой области.

Контроль является, скорее, средством повышения дисциплины. И если применение денежных взысканий все же необходимо, то, опять же, следует использовать коэффициенты дифференциации, устанавливаемые в зависимости от уровня доходов МО (в том числе от платных услуг).

3. Затратоемкость. В системе здравоохранения доходы «не успевают» за расходами. Необходимо выявление внутрисистемных факторов опережающего роста расходов и возможностей их устранения. Для решения этой важнейшей задачи, судя по всему, необходимы совместные усилия профессионального и научного сообщества.

Ни министерства и ведомства, ни контрольно-счетные палаты не формулируют цели (задачи, предмет) контрольных и экспертно-аналитических мероприятий, осуществляемых ими в отношении государственных (муниципальных) МО, в таком контексте, предполагающем нестандартный подход, не ограниченный какими-либо рамками. Наука не просто фиксирует связи и зависимости экономических процессов, но вскрывает их глубинную, «невидимую» не научному взгляду природу [27].

В настоящее время не сформирована методологическая база для проведения комплексного анализа финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения, которая бы в полной мере учитывала отраслевую специфику в современных условиях (тогда как поставленная исследовательская задача еще более многоплановая).

Поэтому, несмотря на предпринимавшиеся в этом направлении шаги, сохраняется высокая потребность в проведении подобных исследований на базе учреждений здравоохранения различных видов и уровней.

Как отмечено в докладе ВОЗ, системы здравоохранения теряют деньги. При этом большинство стран не используют в полном объеме имеющиеся ресурсы по причине нерационального или нецелевого расходования средств, плохого управления факторами производства.

²⁵ Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. ВОЗ, 2010 г. URL: <https://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf> (дата обращения: 28.02.2021).

²⁶ Люблянская хартия по реформированию здравоохранения в Европе. URL: <https://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996> (дата обращения: 28.02.2021).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Артеменко Д.А., Соколов А.А. Трансформация общественного здравоохранения России: анализ сбалансированности. *Финансы и кредит*. 2017;23(42):2498–2510. DOI: 10.24891/фс.23.42.2498
2. Курцев А.В. Опыт участия различных типов медицинских организаций в условиях государственно-частного партнерства в системе ОМС Курской области. *Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации*. 2019;(4):52–57.
3. Тимаков И.В. Институциональные особенности финансирования российского здравоохранения. *Дискуссия*. 2020;(3):6–14. DOI: 10.24411/2077–7639–2019–10061
4. Шавалеева Ч.М. Преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения: опыт Республики Татарстан. *Казанский медицинский журнал*. 2013;94(6):877–884.
5. Мурзаева О.В. Развитие системы финансового обеспечения здравоохранения. Дисс. ... канд. экон. наук. Саранск: Мордов. гос. ун-т им. Н.П. Огарева; 2012. 230 с.
6. Линденбратен А.Л. Актуальные проблемы российского здравоохранения. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2020;(3):60–71. DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.008
7. Новиков Г.А., Введенская Е.С., Вайсман М.А., Рудой С.В. История развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2020;(1):51–54.
8. Тимкин Т.Р. Концепция программно-целевого финансирования расходов бюджета на здравоохранение. Автореф. дисс. ... канд. экон. наук. М.: Финанс. ун-т при Правительстве РФ; 2013. 25 с.
9. Мингазов С. Страховая медицина высказалась против ее вытеснения из системы ОМС. Forbes. 13.10.2020. URL: <https://www.forbes.ru/newsroom/biznes/411097-strahovshchiki-vyskazalis-protiv-federalnogo-segmenta-dlya-foms> (дата обращения: 25.01.2021).
10. Шишкин С.В., Шейман И.М., Абдин А.А., Боярский С.Г., Сажина С.В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. М.: Изд. дом Высшей школы экономики; 2017. 84 с.
11. Мануйлова А. ОМС плюс госзаказ: как Минздрав модернизирует страховую модель здравоохранения. *Коммерсантъ. Страхование*. 2020;(211). URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4574253> (дата обращения: 25.01.2021).
12. Гринкевич Л.С., Банин С.А. Одноканальное финансирование: из прошлого в будущее здравоохранения России. *Финансы и кредит*. 2016;(33):2–20.
13. Соболева Е.А. Эволюция модели финансирования здравоохранения в РФ. *Экономика и бизнес: теория и практика*. 2019;(12–3):67–75. DOI: 10.24411/2411–0450–2019–11519
14. Чебыкин А.В., Константинов Д.Ю., Засыпкин М.Ю. Насколько «полный» тариф в системе ОМС действительно полный? *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. 2015;17(5–3):1050–1054.
15. Shimpi P. The insurative model. *Risk Management*. 2001;48(8):20–30.
16. Соболева Е.А. О перераспределении полномочий по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. *Beneficium*. 2020;(4):40–54. DOI: 10.34680/BENEFICIUM.2020.4(37).40–54
17. Сафонов А.Л., Долженкова Ю.В. Факторы финансовой несбалансированности обязательной системы пенсионного страхования: анализ российской практики. *Финансы: теория и практика*. 2020;24(6):108–122. DOI: 10.26794/2587–5671–2020–24–6–108–122
18. Rosenwasser T.A. Un-constitutional medicare: Poisonous fruit of the poison tree. *Journal of American Physicians and Surgeons*. 2020;25(3):73–78.
19. Голощапова Л.В., Савина Н.П., Винидиктова К.А. Опыт внедрения информационных технологий в сфере здравоохранения: проблемы и перспективы. *Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки*. 2020;13(6):154–162. DOI: 10.17213/2075–2067–2020–6–154–162
20. Orient J.M. White paper: After the affordable care act: Freedom for all vs. medicare for all. *Journal of American Physicians and Surgeons*. 2019;24(1):24–30.
21. Pankova E.D., Panić A. Comparison of healthcare system in Russia and Slovenia. *Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2018;3(3):51–55.
22. Локосов В.В. Социальное государство и партисипаторное общество: ложная дилемма. *Вестник Финансового университета*. 2015;(1):16–22.

23. Buyanova M. O. Problems of tapping the international experience of social services in present-day Russia. *Journal of Advanced Research in Law and Economics*. 2016;7(7):1653–1661. DOI: 10.14505/jarle.v7.7(21).10
24. Sukhodolov A. P., Beryozkin Yu. M. From the institutional to the platform economy. *Управленец*. 2018;9(3):8–13. DOI: 10.29141/2218–5003–2018–9–3–2
25. Де Сото Э. Загадка капитала. Почему капитализм торжествует на Западе и терпит поражение в остальном мире. Пер. с англ. М.: Олимп-Бизнес; 2004. 272 с.
26. Zhang Y. Unveil the mysterious reality of management healthcare in China: A case study on institutional arrangement. *Scripps senior theses*. 2018. URL: https://scholarship.claremont.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2227&context=scripps_theses (дата обращения: 25.01.2021).
27. Сорокин Д. Е. Лаборатория научной мысли. *Научные труды Вольного экономического общества России*. 2015;191(2):452–455.

REFERENCES

1. Artemenko D. A., Sokolov A. A. The transformation of public health in Russia: An analysis of sustainability. *Finansy i kredit = Finance and Credit*. 2017;23(42):2498–2510. (In Russ.). DOI: 10.24891/fc.23.42.2498
2. Kurtsev A. V. The experience of participation of various types of medical organizations in the CMI system in the Kursk region in the conditions of public-private partnership. *Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie v Rossiiskoi Federatsii*. 2019;(4):52–57. (In Russ.).
3. Timakov I. V. Institutional aspects of Russian healthcare finance. *Diskussiya = Discussion*. 2020;(3):6–14. (In Russ.). DOI: 10.24411/2077–7639–2019–10061
4. Shavaleeva Ch. M. Predominantly single-channel funding of healthcare institutions: Experience of the Republic of Tatarstan. *Kazanskii meditsinskii zhurnal = Kazan Medical Journal*. 2013;94(6):877–884. (In Russ.).
5. Murzaeva O. V. Development of the health care financial support system. *Cand. econ. sci. diss.* Saransk: Ogarev Mordovia State Univ.; 2012. 230 p. (In Russ.).
6. Lindenbrathen A. L. Topical problems of Russian healthcare. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko = Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2020;(3):60–71. (In Russ.). DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.008
7. Novikov G. A., Vvedenskaya E. S., Vaysman M. A., Rudoi S. V. History of development of palliative medical care in the Russian Federation. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya = Palliative Medicine and Rehabilitation*. 2020;(1):51–54. (In Russ.).
8. Timkin T. R. The concept of program-targeted financing of budget expenditures for health care. *Cand. econ. sci. diss. Synopsis*. Moscow: Financial Univ. under the RF Government; 2013. 25 p. (In Russ.).
9. Mingazov S. Medical insurance spoke out against its expulsion from the CMI system. *Forbes*. Oct. 13, 2020. URL: <https://www.forbes.ru/newsroom/biznes/411097-strahovshchiki-vyskazalis-protiv-federalnogo-segmenta-dlya-foms> (accessed on 25.01.2021). (In Russ.).
10. Shishkin S. V., Sheiman I. M., Abdin A. A., Boyarskiy S. G., Sazhina S. V. Russian healthcare in the new economic environment: Challenges and prospects. Moscow: Higher School of Economics Publ.; 2017. 84 p. (In Russ.).
11. Manuilova A. CMI plus state order: How the Ministry of Health is modernizing the insurance model of healthcare. *Kommersant. Strakhovanie*. 2020;(211). URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4574253> (accessed on 25.01.2021). (In Russ.).
12. Grinkevich L. S., Banin S. A. Single-source financing: From the past to the future of the Russian healthcare system. *Finansy i kredit = Finance and Credit*. 2016;(33):2–20. (In Russ.).
13. Soboleva E. A. Evolution of the model of public health financing in Russia. *Ekonomika i biznes: teoriya i praktika = Economy and Business: Theory and Practice*. 2019;(12–3):67–75. (In Russ.). DOI: 10.24411/2411–0450–2019–11519
14. Chebykin A. V., Konstantinov D. Yu., Zasipkin M. Yu. Is “the full rate” in the compulsory medical insurance (CMI) system really full? *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiiskoi akademii nauk = Izvestiya of Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*. 2015;17(5–3):1050–1054. (In Russ.).
15. Shimpi P. The insurative model. *Risk Management*. 2001;48(8):20–30.
16. Soboleva E. A. Financing obligatory medical insurance: Contribution for unemployed people. *Beneficium*. 2020;(4):40–54. (In Russ.). DOI: 10.34680/BENEFICIUM.2020.4(37).40–54

17. Safonov A.L., Dolzhenkova Yu.V. Factors of financial imbalance in the compulsory pension insurance system: The case of Russia. *Finansy: teoriya i praktika = Finance: Theory and Practice*. 2020;24(6):108–122. (In Russ.). DOI: 10.26794/2587–5671–2020–24–6–108–122
18. Rosenwasser T.A. Un-constitutional medicare: Poisonous fruit of the poison tree. *Journal of American Physicians and Surgeons*. 2020;25(3):73–78.
19. Goloshchapova L.V., Savina N.P., Vinidiktova K.A. Experience in implementing information technologies in healthcare: Problems and prospects. *Vestnik Yuzhno-Rossiiskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta (NPI). Seriya: Sotsial'no-ekonomicheskie nauki = The Bulletin of the South-Russian State Technical University (NPI). Social and Economic Science*. 2020;13(6):154–162. (In Russ.). DOI: 10.17213/2075–2067–2020–6–154–162
20. Orient J.M. White paper: After the affordable care act: Freedom for all vs. medicare for all. *Journal of American Physicians and Surgeons*. 2019;24(1):24–30.
21. Pankova E.D., Panić A. Comparison of healthcare system in Russia and Slovenia. *Vestnik Soveta molodykh uchenykh i spetsialistov Chelyabinskoi oblasti*. 2018;3(3):51–55.
22. Lokosov V.V. The welfare state and the participatory society: A false dilemma. *Vestnik Finansovogo universiteta = Bulletin of the Financial University*. 2015;(1):16–22. (In Russ.).
23. Buyanova M.O. Problems of tapping the international experience of social services in present-day Russia. *Journal of Advanced Research in Law and Economics*. 2016;7(7):1653–1661. DOI: 10.14505/jarle.v7.7(21).10
24. Sukhodolov A.P., Beryozkin Yu.M. From the institutional to the platform economy. *Upravlennets = The Manager*. 2018;9(3):8–13. DOI: 10.29141/2218–5003–2018–9–3–2
25. De Soto H. The mystery of capital: Why capitalism triumphs in the West and fails everywhere else. New York: Basic Books; 2003. 288 p. (Russ. ed.: De Soto H. Zagadka kapitala. Pochemu kapitalizm torzhestvuet na Zapade i terpit porazhenie vo vsem ostal'nom mire. Moscow: Olymp-Business; 2004. 272 p.).
26. Zhang Y. Unveil the mysterious reality of management healthcare in China: A case study on institutional arrangement. Scripps senior theses. 2018. URL: https://scholarship.claremont.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2227&context=scripps_theses (accessed on 25.01.2021).
27. Sorokin D.E. Laboratory of scientific thought. *Nauchnye trudy Vol'nogo ekonomicheskogo obshchestva Rossii = Scientific Works of the Free Economic Society of Russia*. 2015;191(2):452–455. (In Russ.).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / ABOUT THE AUTHOR



Елизавета Александровна Соболева — магистр (финансы и кредит), Байкальский государственный университет, Иркутск, Россия
Elizaveta A. Soboleva — Master's Degree (Banking and Finance), Baikal State University, Irkutsk, Russia
 econo2017@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 05.02.2021; после рецензирования 19.02.2021; принята к публикации 22.03.2021.

Автор прочитала и одобрила окончательный вариант рукописи.

The article was submitted on 05.02.2021; revised on 19.02.2021 and accepted for publication on 22.03.2021.

The author read and approved the final version of the manuscript.