

УДК 369.06

ФИЛИНА МАРИНА АЛИЯРОВНА

к.э.н., доцент кафедры финансов и кредита, ФГБОУ ВО
«Дагестанский государственный университет», г. Махачкала, Россия,
e-mail: oleg-filin@yandex.ru

ОРУДЖЕВА САИДА АЛИЯРОВНА

д.м.н., старший научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ институт
хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, Россия
e-mail: osaida@rambler.ru

DOI:10.26726/1812-7096-2023-7-26-32

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Аннотация. В статье представлен обзор современной системы финансирования учреждений здравоохранения в России. В ходе исследования были применены основные принципы системного анализа и методы статистической обработки данных. Теоретическую информационную базу исследования составили нормативные правовые акты, регламентирующие порядок финансирования учреждений здравоохранения в России, научные труды отечественных авторов, описывающие тенденции и проблемы ресурсного обеспечения отрасли в нашей стране. В результате анализа статистического материала выявлены ключевые особенности формирования доходов и финансирования расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования как основы системы финансирования медицинской отрасли, дана характеристика проблем и направлений ее дальнейшего совершенствования.

Ключевые слова: бюджет Фонда обязательного медицинского страхования, субвенция бюджетам территориальных фондов ОМС, финансирование медицинских организаций, страховые медицинские организации.

FILINA MARINA ALIYAROVNA

Ph.D. in Economics, Associate Professor of the Department of
Finance and Credit, Dagestan State University, Makhachkala, Russia,
e-mail: oleg-filin@yandex.ru

FEATURES OF FINANCING INSTITUTIONS HEALTHCARE AT THE PRESENT STAGE

Abstract. The article presents an overview of the modern system of financing healthcare institutions in Russia. In the course of the study, the basic principles of system analysis and methods of statistical data processing were applied. The theoretical information base of the study was made up of regulatory legal acts regulating the procedure for financing healthcare institutions in Russia, scientific works of domestic authors describing trends and problems of resource provision of the industry in our country. As a result of the analysis of statistical material, the key features of the formation of income and financing of expenses of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund as the basis of the financing system of the medical industry are identified, the characteristics of the problems and directions of its further improvement are given.

Keywords: budget of the Compulsory Medical Insurance Fund, subvention to the budgets of the territorial funds of compulsory medical insurance, financing of medical organizations, insurance

1. Введение

Медицинская отрасль в России функционирует на основе Программы государственных га-

рантий, поэтому для изучения системы финансирования охраны здоровья надо рассматривать источники средств для соответствующей Программы [1, с. 130]. Очевидно, что в рамках действующей в нашей стране бюджетно-страховой модели здравоохранения основными ресурсными источниками являются бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), федеральный бюджет и бюджеты субъектов РФ. При этом законодательство страны предполагает определенный порядок распределения между указанными бюджетами затрат на финансирование медорганизаций.

Основу системы финансирования медицинской отрасли составляет бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования. За счет его средств происходит оплата базовой программы ОМС:

- скорая медицинская помощь;
- первичная медико-санитарная помощь (в т.ч. профилактические мед. осмотры; диспансеризация; неотложная мед. помощь);
- специализированная мед. помощь (в т.ч. раздел I Перечня видов высокотехнологичной мед. помощи (ВМП));
- мед. реабилитация;
- ЭКО;
- обеспечение лекарственными препаратами.

Анализ ключевых показателей исполнения доходов и расходов Фонда позволяет сделать выводы о степени достаточности и эффективности ресурсного обеспечения здравоохранения в нашей стране.

2. Основная часть

Доходная часть бюджета ФОМС за январь – декабрь 2022 года исполнена в общей сумме 2 919 414,4 млн. рублей, что на 140 201,9 млн. рублей, или на 5,0%, превышает прогнозируемый годовой объем (2 779 212,4 млн рублей) и на 288 029,0 млн. рублей, или на 10,9%, больше аналогичного показателя 2021 года (2 631 385,4 млн рублей) [2, с.24]. Фактические доходы бюджета Фонда получены с превышением прогнозируемого объема вопреки сложной экономической ситуации и возросшему санкционному давлению на экономику страны (см. таб. 1).

Наряду с позитивным влиянием на бюджетный процесс, значительное превышение фактических доходов над утвержденными показателями может свидетельствовать о низком уровне реалистичности расчета плановых показателей при формировании бюджета ФОМС.

	План	Факт	Процент выполнения
2013	1059	1101	104
2014	1240	1251	101
2015	1620	1574	97
2016	1669	1651	99
2017	1705	1737	102
2018	1887	1896	100
2019	2 098	2 124	101
2020	2367	2 393	101,1
2021	2 534	2631	103,9
2022	2 779	2 919	105

Источник: составлено автором на основании данных ФОМС [3]

Отчетные данные также демонстрируют стабильный положительный темп прироста доходов Фонда за последние годы. На фоне невыполнения запланированных показателей доходов бюджета в 2015 году, тем не менее наблюдался резкий прирост фактической величины доходов по сравнению с 2014 годом, на 319 миллиардов рублей или на 26%. Главную роль здесь сыграла отмена ограничений по предельной базе для начисления страховых взносов (см.

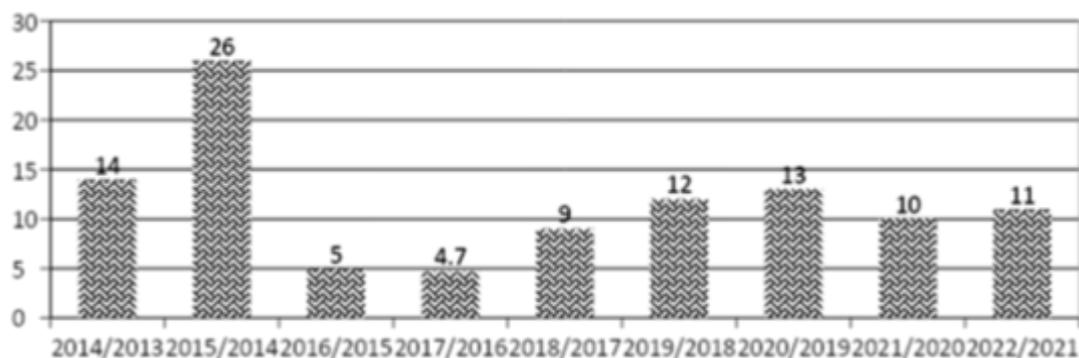


Рис. 1. Прирост доходов Федерального фонда ОМС (млрд. руб.).

Источник: составлен автором по [3]

В 2016-2017 годах наблюдалось снижение темпов прироста доходов, обусловленное в основном первой волной санкций в отношении нашей страны и неблагоприятными макроэкономическими условиями реализации бюджета: падение ВВП, удешевление рубля, сокращение доходов от экспорта, снижение объема импорта, сокращение доходов населения и т.д.

Кроме того, в законе о бюджете Федерального Фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период было предусмотрено, что коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг для определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на 2017 год был установлен в размере, равном 1,0, т.е. размер страховых взносов в 2017 году по сравнению с 2015 и 2016 годами не увеличился, что также не способствовало увеличению темпов прироста дохода Фонда [4, с. 63].

Адаптация экономики к новым реалиям привела к тому, что доходы Фонда обязательного медицинского страхования по итогам последующих трех лет имели стабильное увеличение темпов прироста, с 2018 по 2020 г. в среднем на 11,3%. По сравнению с итогами 2019 г. доходы Фонда в 2020 году увеличились на 12,7%, в значительной степени за счет федеральных трансфертов. Если поступления взносов на обязательное медицинское страхование возросли на 4,4%, то поступления трансфертов в 2020 – в 3,1 раза [3].

В условиях продолжающихся ограничительных мер, связанных с противодействием распространению новой коронавирусной инфекции и установлением дополнительных мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, предприятий и отраслей экономики в целях снижения влияния негативных последствий пандемии темп прироста доходов Фонда в 2021 несколько замедлился и составил 10%, в 2022 году – 11%.

Как показывают данные таблицы 2 за последние десять лет расходы ФОМС имели выраженную тенденцию к росту, увеличившись в объеме в 2,7 раза.

	План	Факт	Процент выполнения
2013	1059	1049	99
2014	1366	1269	93
2015	1662	1639	99
2016	1595	1590	100
2017	1735	1655	95
2018	1994	1989	100
2019	2190	2187	100
2020	2369	2 361	99,6
2021	2 545	2 570	101
2022	2 801	2 797	99,8

Источник: рассчитано автором на основании данных ФОМС [3]

Основную долю в расходах Фонда занимают расходы по разделу классификации "Здравоохранение". Из них львиная доля (в 2022 году 88%) формирует субвенцию бюджетам территориальных фондов ОМС на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации (см. таб. 3).

Распределение расходной нагрузки между разными источниками финансирования системы здравоохранения представлено на рисунке 2. Очевидно, что наибольший удельный вес занимает финансирование из Фонда ОМС. В 2020 году разразившаяся пандемия коронавируса потребовала оперативной мобилизации ресурсов государственного бюджета, в результате чего его участие в системе возросло с 17% в 2019 до 24% в 2022 году.

В целом, удельный вес расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете РФ и бюджетах государственных внебюджетных фондов сократился с 11,7% в 2020 году до 11% в

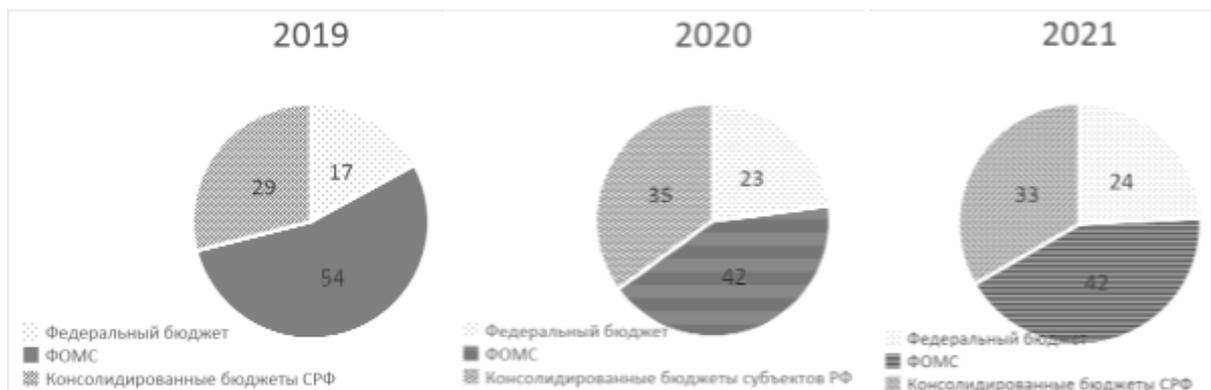


Рис. 2. Расходы на здравоохранение бюджетов бюджетной системы России (%).

Источник: составлен автором по [5]

Также сокращаются расходы на здравоохранение относительно показателя ВВП страны (в 2021 году 3,94%, в 2020 – 4,7%). Эксперты подчеркивают, что государственные траты на здравоохранение в нашей стране значительно отстают от расходов стран "Большой семерки". К примеру, в Великобритании в 2018/19 финансовом году фактические расходы на здравоохранение составили 7,2% ВВП, во Франции в 2020 г. траты на здравоохранение были на уровне 8% ВВП [6].

Современное здравоохранение характеризуется следующими основными мировыми тенденциями: увеличением доли пожилого населения и доли населения с хроническими заболеваниями; увеличением потребности в новых прорывных медицинских технологиях; возрастающим ростом ожиданий от медицинской помощи. Все это, безусловно, ведет к росту расходов в системе здравоохранения и обуславливает необходимость повышения их эффективности [7, с.55]. Между тем, действующий в настоящий момент механизм финансирования расходов в отечественном здравоохранении изобилует целым рядом проблем и противоречий.

Главной проблемой отечественной страховой медицины является то, что она недостаточно страховая, т.е. сложившаяся схема ее финансирования зачастую базируется не на страховых принципах, а на административно-управленческих решениях. Это выражается прежде всего в ее недостаточном ресурсном обеспечении, нарушении равновесия между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению застрахованным. [8, с.31]. В идеале проблема решается за счет точной актуарной оценки затрат на оказание медицинской помощи, установления страховых взносов адекватных объему ответственности страховщика. На практике же актуарная основа ОМС непрозрачна и необъективна. В целом тарифы на оплату медицинской помощи в ОМС не достаточно обоснованы, нормативы и реальные затраты плохо соотносятся друг с другом, Индивидуальные коэффициенты, корректирующие тарифы определяются произвольно на уровне региона. Нет методики, позволяющей оценивать допустимые различия в затратах между разными регионами и медицинскими организациями, основания для сравнения и определения эффективности работы медицинских организаций [9, с.10].

Понятно, что увеличение размера страховых взносов в ближайшее время вряд ли осуще-

ствимо в виду крайней непопулярности с политической точки зрения этой меры, связанной с увеличением налоговой нагрузки на работодателей. В современных условиях финансирование отечественного здравоохранения требует дополнительных источников финансирования, таких как государственно-частное партнерство, доходы от предпринимательской деятельности, государственная грантовая поддержка.

Недостаточная реализация страховых принципов в отечественной системе финансирования медицины является серьезным препятствием на пути обеспечения ее эффективности посредством развития контроля за оказанием медицинских услуг и конкуренции за пациента.

Неудовлетворительность существующей практики контроля качества медицинской помощи и ее дискуссионность является существенным вызовом системы финансирования здравоохранения. В настоящее время медицинское сообщество предлагает передать контрольные функции ему, в то время как эксперты из среды управления здравоохранением и страховых компаний утверждают преимущества независимого внешнего контроля. Контроль сегодня в большей степени сосредоточен в области объемов оказания медицинских услуг, соответствия медицинской помощи установленным стандартам или проверок по результатам жалоб. Требуется развитие практики тематических экспертиз и выявления системных недостатков, создание на их основе инструментов повышения квалификации врачей и медперсонала, механизма контроля за исправлением ошибок.

Недостатки практики контроля качества медицинской помощи тесно взаимосвязаны с отсутствием у страховых медицинских организаций (СМО) возможности реального экономического стимулирования наиболее клиентоориентированных медорганизаций. Нет механизма перенаправления пациентов и средств от менее эффективных организаций к более эффективным. Пациент не располагает всем необходимым объемом информации о результативности работы медицинских учреждений, отсутствует понятный рейтинг или ранкинг медучреждений. На сегодня в системе отсутствует единый прозрачный инструмент оценки качества работы медучреждений, который мог бы в том числе стимулировать конкурентную борьбу за пациента. Необходимость оценки качества медицинской помощи в медучреждениях не встречает возражений в экспертном кругу, но методики и ответственная за составление рейтинга сторона – вопросы дискуссий [9, с. 10-11].

3. Выводы

На основании приведенного анализа текущей практики финансирования медицинских организаций можно сделать выводы относительно наиболее приоритетных направлений его дальнейшего совершенствования. Президент Российской Федерации в своих выступлениях неоднократно упоминал о необходимости развития и укрепления страховой модели финансирования здравоохранения. Поэтому трансформация системы ОМС рассматривается исключительно в рамках этой парадигмы. Безусловно, страховое сообщество полностью поддерживает идею дальнейшего развития страховых принципов, разрабатывает и обсуждает с регуляторами отрасли предложения по ее практической реализации. Другое дело, что с учетом происходящих сегодня событий изменения не должны быть радикальными. Самое главное, сосредоточиться на локальных внутренних целях – эффективном межведомственном взаимодействии, финансовой устойчивости как участников ОМС, так и самой системы, и других задачах, которые одинаково понятны всем заинтересованным сторонам. В этом контексте очень важно уделять внимание сбалансированности имеющихся средств и расходов, а также наличию определенного запаса ресурсов на исполнение обязательств [10, с. 16].

Для развития системы здравоохранения следует увеличить количество государственных расходов за счет бюджетов бюджетной системы РФ, а также усилить роль обязательного медицинского страхования.

С точки зрения обеспечения финансовой устойчивости несомненно важна переориентация всей системы здравоохранения от лечения запущенных болезней к их последовательной профилактике. Это не только послужит укреплению страхового фундамента ОМС, но и позволит достичь ряда важных стратегических целей процесса расширенного воспроизводства.

Повышение качества и эффективности механизма финансирования учреждений здравоохранения во многом зависит от эффективности управления такими важными участниками

системы ОМС, как страховые медицинские организации. Унифицированных требований к управлению СМО в системе ОМС не существует. Учитывая специфику ОМС, мало реализуемы в деятельности СМО стандарты страховой деятельности, разработанные страховым сообществом для рискованных видов страхования. Каждая компания организует деятельность по своему усмотрению, исходя из договорных обязательств и задач, определенных государством, органами исполнительной власти и фондами, опыта предшествующей работы, результатов проверок надзорных органов и финансовых возможностей. Практический опыт организации деятельности страховой компании в сфере ОМС показал, что стандартизация основных процессов страхования, четко отработанные алгоритмы действий персонала позволяют в полном объеме выполнять договорные обязательства, повышать эффективность и клиентоориентированность предоставляемых услуг, объективно оценивать результаты работы и прогнозировать затраты на ведение дела.

Учитывая многочисленные изменения и требования, предъявляемые к функционалу СМО, стандартизацию ее работы необходимо осуществлять на основе процессного подхода управления организацией, позволяющего определить необходимые ресурсы, осуществлять их менеджмент и реализовывать возможности для развития. Этим требованиям отвечает процессный подход «Планируй – Делай – Проверяй – Действуй» (PDCA) и риск-ориентированное мышление при организации деятельности СМО в условиях ОМС. Стандарт разработан для управления организацией в сложной, требовательной и постоянно изменяющейся среде, характерной для системы ОМС. В соответствии с требованиями стандарта определяются и описываются бизнес-процессы при осуществлении деятельности СМО, их взаимодействие между собой, прежде всего информационное, рассчитываются ресурсы, необходимые для обеспечения результативности бизнес-процессов, обозначаются результаты и критерии мониторинга. Кроме стандартизации вышеперечисленных бизнес-процессов, важное значение в деятельности компании уделяется качеству обслуживания клиентов, в том числе соблюдению стандартов общения с клиентом при личном обращении, при использовании средств электронной связи и в проблемных ситуациях [11, с.34].

Для контроля качества оказываемых медицинских услуг и обоснованности финансирования Минздравом было принято решение совместно с Федеральным фондом, со страховыми медицинскими компаниями разработать опросный лист, который будет единым для всей территории РФ. По нему страховые компании изучают удовлетворенность наших граждан качеством медицинской помощи. Опросник содержит достаточно разносторонние вопросы, раскрывающие мнение населения о качестве медицинской помощи не только в профессиональном разрезе, но и с точки зрения комфорта пребывания в медицинской организации, удобства записи на прием, внимательности персонала, соответствия ожиданиям пациента.

Новая методика прошла апробацию в нескольких субъектах РФ – Удмуртской Республике, Липецкой и Белгородской областях. С сентября 2022 года анкетирование ежемесячно проводится во всех регионах в форме телефонного опроса представителями страховых медицинских организаций. На вопросы может ответить любой человек независимо от срока давности получения медицинской помощи и вида медицинской организации, где она была получена. Результаты таких опросов станут важным инструментом для оценки ситуации с оказанием медицинской помощи в каждом конкретном регионе и в целом по стране [13, с.8].

Совершенствование системы ОМС во многом зависит также от успешной реализации следующих направлений развития:

- повышение эффективности управления средствами из разных источников;
- повышение заинтересованности медорганизаций в экономном расходовании средств;
- планирование и распределение объемов медицинской помощи в соответствии с установленными объективными критериями качества и эффективности работы медорганизации;
- повышение стабильности основных финансовых параметров деятельности СМО;
- развитие конкуренции как между медорганизациями, так и между СМО;

Литература

1. Соболева, Е.А. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России / Е.А. Соболева // *Финансы: теория и практика*. – 2021. - т. 25, № 3. - С.127.
2. *Оперативный доклад об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского*

- страхования (январь – декабрь 2022 г.) // *Официальный сайт Счетной палаты РФ* – URL: https://vk.com/doc6762007_662983800?hash=nuwSgUjluYsfXG4t711h8iSC5AMBzv9LXoZlzzAFz4T (дата обращения: 15.04.2023).
3. *Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: официальный сайт.* – Москва – Обновляется в течение суток. – URL: <https://www.ffoms.gov.ru/> (дата обращения: 01.05.2023).
4. Кадыров, Ф. Н., Обухова, О. В., Брутова А. С. Финансирование здравоохранения в 2017 году – очередной парадокс: средств стало меньше, чем планировалось на 2016 год, но финансовое обеспечение отрасли улучшилось // *Менеджер здравоохранения.* – 2017. - №1. – С61-74.
5. *Финансы России. 2022: // Стат.сб./ Росстат.* - М., 2022. - 392 с. - 3(2):13-19.
6. В 2020-м из бюджета на медицину потратят меньше, чем простили долгов Африке. - URL: https://finance.rambler.ru/money/43083668/?utm_content=finance_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink/ (дата обращения: 25.04.2023).
7. Омеляновский, В.В., Щуров, Д.Г. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. Российский и зарубежный опыт // *Фонд обязательного медицинского страхования России.* - 2023. - №1. – С.55.
8. Шишкин, С.В., Шейман, И.М., Потапчик, Е.Г., Понкратова. О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. – 2019. – С.31
9. Петрова, Н.Г. О нерешенных проблемах обеспечения качества медицинской помощи // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина.* 2018. Т. 13. Вып. 1. С. 83–90. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2018.108>
10. Достижения, проблемы и перспективы развития системы ОМС - URL: <https://pltf.ru/wp-content/uploads/2021/11/oms-platforma-analiticheskiy-doklad.pdf> (дата обращения: 01.05.2023).
11. ОМС: трансформация неизбежна // *Современные страховые технологии.* -2022. - № 5 (94). С.16.
12. Стандартизация деятельности страховой медицинской организации в системе ОМС// *Современные страховые технологии.* -2022. - № 5 (94). С.34.
13. Ключевая фигура – человек // *Современные страховые технологии.* -2022. - № 5 (94). С.8.

References:

1. Soboleva, E.A. *Byudzheto-strahovaya model' finansirovaniya zdavoohraneniya v Rossii / E.A Soboleva // Finansy: teoriya i praktika.* – 2021. - t. 25, № 3. - S.127.
2. *Operativnyj doklad ob ispolnenii byudzheta Federal'nogo fonda obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya (yanvar' – dekabr' 2022 g.) // Oficial'nyj sayt Schetnoj palaty RF* – URL: https://vk.com/doc6762007_662983800?hash=nuwSgUjluYsfXG4t711h8iSC5AMBzv9LXoZlzzAFz4T (data obrashcheniya: 15.04.2023).
3. *Federal'nyj fond obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya: oficial'nyj sayt.* – Moskva – Obnovlyatsya v techenie sutok. – URL: <https://www.ffoms.gov.ru/> (data obrashcheniya: 01.05.2023).
4. Кадыров, Ф. Н., Обухова, О. В., Брутова А. С. Финансирование здравоохранения в 2017 году – очередной парадокс: средств стало меньше, чем планировалось на 2016 год, но финансовое обеспечение отрасли улучшилось // *Менеджер здравоохранения.* – 2017. - №1. – С61-74.
5. *Финансы России. 2022: // Stat.sb./ Rosstat.* - М., 2022. - 392 с. - 3(2):13-19.
6. В 2020-м из бюджета на медицину потратят меньше, чем простили долгов Африке. - URL: https://finance.rambler.ru/money/43083668/?utm_content=finance_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink/ (data obrashcheniya: 25.04.2023).
7. Омеляновский, В.В., Щуров, Д.Г. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. Российский и зарубежный опыт // *Фонд обязательного медицинского страхования России.* - 2023. - №1. – С.55.
8. Шишкин, С.В., Шейман, И.М., Потапчик, Е.Г., Понкратова. О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. – 2019. – С.31
9. Петрова, Н.Г. О нерешенных проблемах обеспечения качества медицинской помощи // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина.* 2018. Т. 13. Вып. 1. С. 83–90. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2018.108>
10. Достижения, проблемы и перспективы развития системы ОМС - URL: <https://pltf.ru/wp-content/uploads/2021/11/oms-platforma-analiticheskiy-doklad.pdf> (data obrashcheniya: 01.05.2023).
11. ОМС: трансформация неизбежна // *Современные страховые технологии.* -2022. - № 5 (94). С.16.
12. Стандартизация деятельности страховой медицинской организации в системе ОМС// *Современные страховые технологии.* -2022. - № 5 (94). С.34.
13. Ключевая фигура – человек // *Современные страховые технологии.* -2022. - № 5 (94). С.8.