

Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение
высшего образования
«Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации»

На правах рукописи

Алтынов Юрий Алексеевич

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСОВОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОГРАММЫ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ

5.2.4. Финансы

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель

Соляникова Светлана Петровна,
кандидат экономических наук, доцент

Москва – 2024

Оглавление

Введение	4
Глава 1 Теоретические основы финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий	15
1.1 Необходимость и особенности финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи	15
1.2 Характеристика современных подходов к финансовому обеспечению государственных гарантий бесплатной медицинской помощи	36
Глава 2 Характеристика финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в России	58
2.1 Проблемы планирования финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи	58
2.2 Оценка эффективности финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи	73
2.3 Анализ сбалансированности базовой программы обязательного медицинского страхования	95
Глава 3 Пути совершенствования финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи	107
3.1 Направления модернизации финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи	107

3.2 Модель оперативного управления финансовыми ресурсами государственных учреждений здравоохранения.....	127
Заключение.....	150
Список литературы.....	155
Приложение А Система сбалансированных показателей для предписывающей части модели оперативного управления финансовыми ресурсами учреждения здравоохранения.....	177

Введение

Актуальность темы исследования. Происходящие в мировой экономике изменения и переход к новому общественному договору оказывают значительное влияние на финансовое обеспечение государственных гарантий по оказанию медицинской помощи населению. Всеобщий охват услугами здравоохранения как одна из целей устойчивого развития (далее – ЦУР) ООН становится ключевым вектором при разработке государственной социальной политики. При этом ограниченность финансовых ресурсов, аккумулируемых в отрасли здравоохранения, определяет необходимость постоянного совершенствования механизма финансирования медицинской помощи.

В России основным инструментом, обеспечивающим всеобщий охват населения услугами здравоохранения, является программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (далее – ПГГ). Бесплатность основных видов медицинской помощи для граждан Российской Федерации является базовым конституционным правом. Демографические процессы и пандемия обусловили необходимость удовлетворения возрастающего спроса на медицинскую помощь при условии обеспечения ее доступности и эффективного использования финансовых ресурсов здравоохранения.

Масштабная модернизация отечественного здравоохранения и формирование одноканальной системы обязательного медицинского страхования делают актуальным решение задачи по повышению эффективности финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи. Современные вызовы ставят перед органами государственной власти, определяющими основные задачи и направления развития отрасли здравоохранения, вопрос о необходимости значительной трансформации механизмов финансового обеспечения медицинской помощи для перехода к превентивной (профилактической) модели здравоохранения.

Сохранение здоровья людей как приоритетное направление государственной политики включено в состав национальных целей развития

России до 2030 года, что подчеркивает значимость медицинской помощи в контексте достижения стратегических целевых показателей.

Таким образом, актуальность темы исследования подтверждается необходимостью совершенствования финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи для повышения структурной эффективности и финансовой устойчивости системы здравоохранения, а также для сохранения здоровья граждан в долгосрочной перспективе.

Степень разработанности темы исследования. Тема исследования, с одной стороны, является в достаточной мере исследованной в научных трудах отечественных и зарубежных ученых. С другой стороны, проведенные исследования по теме диссертации только косвенно затрагивают методологические и практические аспекты трансформации финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи в условиях перехода к новому общественному договору и превентивному здравоохранению.

Так, фундаментальными исследованиями экономической природы медицинской помощи как социально-значимого блага и фактора увеличения человеческого капитала занимались такие зарубежные исследователи как Д.М. Вилсон, О. Галор, Т. Говард, Н. Като, Р.А. Масгрейв, Т. Пикетти, М.Л. Смит, Дж. Стиглиц, С.Е. Фэлпс, Д.С. Шепард и др.

Вопросы повышения эффективности государственных расходов на здравоохранение изучались в трудах отечественных ученых Р.С. Гринберга, Л.С. Засимова, М.Г. Колосницыной, А.В. Рагозина, Л.Я. Рубинштейна, Л.И. Якобсона и др.

Проблематика российской модели обязательного медицинского страхования и финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи рассматривается в научных трудах Т.А. Голиковой, А.И. Гончарова, И.А. Захарова, Ф.Н. Кадырова, В.В. Омеляновского, Е.Г. Потапчика, В.И. Стародубова, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина и других российских исследователей.

При этом исследования отечественных ученых в области финансового обеспечения здравоохранения ориентировались на практику функционирования отрасли в рамках бюджетно-страховой модели, что в современных условиях не учитывает специфику одноканальной системы финансирования, требует разработки новых методологических подходов к формированию и финансовому обеспечению программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, актуальность и слабая разработанность исследуемой проблематики, необходимость повышения эффективности социально-экономической политики государства в сфере здравоохранения, а также определения путей модернизации финансирования государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи предопределили выбор темы, цель и задачи диссертации.

Целью исследования является решение научной задачи развития теоретических и методических подходов к финансовому обеспечению программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в условиях реформирования системы здравоохранения России, имеющей существенное значение для развития теории финансирования социальной сферы и повышения эффективности государственных расходов на здравоохранение.

Для достижения цели исследования планируется решить следующие **задачи**:

1) Определить факторы, детерминирующие потребность в расширении перечня и объема финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

2) Выявить и обосновать ключевые тренды, определяющие направления модернизации финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

3) Разработать рекомендации по повышению обоснованности объемов финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

4) Уточнить методические подходы к оценке эффективности финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

5) Предложить комплекс мер по повышению эффективности финансового обеспечения государственных учреждений здравоохранения, предоставляющих бесплатную медицинскую помощь в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Объектом исследования являются финансово-экономические отношения, обеспечивающие реализацию государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Предметом исследования являются теоретические, правовые и методические аспекты финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи в рамках планирования объемов финансирования и реализации ПГГ.

Методология и методы исследования. В рамках данной диссертационной работы применялись такие базовые методы научного познания как наблюдение, сравнение, измерение, системный анализ и др. В рамках специальных методов при проведении диссертационного исследования применялись элементы статистического, логического, математического и финансово-экономического анализа. Также в данной работе использован инструментарий эконометрического моделирования в формате приближенной имитационной модели.

Теоретическая база настоящего исследования основывается на общих теоретико-методологических положениях в области финансов общественного сектора, экономики социальной сферы и экономики здравоохранения. В диссертационной работе используются результаты научных трудов, посвященных анализу российской модели обязательного медицинского

страхования и механизмов финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Информационная база исследования включает статистические сборники и отчетные данные Федеральная служба государственной статистики (далее – Росстат), информационно-аналитические материалы Министерства финансов Российской Федерации (далее – Минфин России) и Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России), данные Федерального казначейства, материалы Счетной Палаты Российской Федерации, нормативные правовые акты Правительства Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, федеральные законы о федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период, данные статистических наблюдений Фонда общественного мнения (далее – ФОМ) и Всероссийского центра изучения общественного мнения (далее – ВЦИОМ), информация официальных общероссийских интернет-порталов (bus.gov.ru, Единый портал бюджетной Системы, Единая информационная система в сфере закупок), а также иные источники информации.

Область исследования. Содержание настоящей диссертации соответствует пункту 9. «Государственные финансы. Бюджетная система и бюджетный процесс. Бюджетная политика. Инициативное бюджетирование» и пункту 11. «Бюджетные доходы и расходы. Сбалансированность бюджетов. Оценка эффективности бюджетных расходов» Паспорта научной специальности 5.2.4. Финансы (экономические науки).

Научная новизна исследования заключается в совершенствовании методологии финансового обеспечения государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи с учетом требований эффективного и ответственного управления общественными финансами, а также в определении условий повышения его результативности во взаимосвязи с мероприятиями, направленными на модернизацию финансовой модели здравоохранения.

Новыми являются следующие научные результаты:

1) Определены факторы, объективно обусловившие необходимость расширения государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи: старение населения; технологическая безработица; экономическое неравенство; инвестиции в здоровье как составной части человеческого капитала; распространение эпидемий и пандемий.

2) Доказательно выявлены современные тренды модернизации финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, что позволило определить направления модернизации финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации. В частности, к этим трендам относятся: концентрация основных финансовых потоков в секторе профилактической медицины; появление концептуально новой системы планирования и распределения финансовых ресурсов в здравоохранении, учитывающей индивидуальные маркеры здоровья человека; повышение роли частного медицинского капитала и рыночных механизмов в финансовом обеспечении государственных гарантий медицинской помощи; комбинированное применение моделей финансового обеспечения медицинской помощи в зависимости от решаемой задачи.

3) Предложены новые концептуальные подходы к определению объемов финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, позволяющие научно обосновывать и корректировать тарифную политику в сфере обязательного медицинского страхования и расширить состав источников финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. В частности, особенностью предлагаемых концептуальных подходов является фокусировка на практическом контуре реализации ПГГ и взаимосвязи с ключевыми аспектами реализации ПГГ, включая тарифную политику, систему финансового планирования, привлечение дополнительных финансовых ресурсов, а также особенности бюджетного финансирования.

4) Уточнены методические подходы к оценке эффективности финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на основе анализа показателей социальной, макроэкономической и отраслевой эффективности во взаимосвязке со стратегическими целевыми индикаторами развития сферы здравоохранения.

5) Разработана модель оперативного управления финансовыми ресурсами государственных учреждений здравоохранения, оказывающих бесплатную медицинскую помощь в рамках территориальных программ государственных гарантий, основой которой являются принципы SNW-анализа и система сбалансированных показателей, что позволяет повысить как эффективность расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на реализацию программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, так и доступность качественной медицинской помощи для граждан.

Положения, выносимые на защиту:

1) факторы, определяющие направления и тренды модернизации финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (С. 23-32);

2) новые концептуальные подходы к определению объемов финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (С. 107-109);

3) методические подходы к оценке эффективности финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на основе анализа социальной, макроэкономической и отраслевой эффективности (С. 53; 74; 94-95);

4) разработанная и апробированная модель оперативного управления финансовыми ресурсами государственных учреждений здравоохранения, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской, на основе SNW-анализа и системы сбалансированных показателей (С. 129-131; 140-142).

Теоретическая значимость работы заключается в том, что сформулированные теоретические положения и выводы о направлениях модернизации финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи способствуют развитию методологических основ социально-страховой модели здравоохранения, а также позволяют повысить эффективность расходов на реализацию ПГГ с соблюдением эффективного и справедливого распределения финансовых ресурсов здравоохранения.

Практическая значимость работы состоит в возможности применения полученных результатов федеральными и региональными органами государственной власти при финансировании ПГГ, а также для достижения долгосрочной финансовой устойчивости и структурной эффективности отрасли здравоохранения.

Самостоятельное практическое значение имеют следующие результаты диссертационной работы:

— комплекс рекомендаций по совершенствованию методических основ планирования и финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

— методика финансового моделирования показателей финансово-хозяйственной деятельности государственных учреждения здравоохранения при реализации программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, позволяющая увязать объемы финансового обеспечения с результатами и качеством предоставляемой бесплатной медицинской помощи населению.

Степень достоверности, апробации и внедрение результатов исследования. Достоверность результатов диссертации подтверждается применением общенаучных методов, использованием результатов ключевых исследований отечественных и зарубежных ученых по тематике диссертационного исследования, а также использованием официальных данных Федеральной службы государственной статистики, Министерства финансов Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Федерации, открытых интернет-порталов Российской Федерации в сфере управления общественными финансами (bus.gov.ru, Единый портал бюджетной системы, Единая информационная система в сфере закупок).

Основные положения и выводы диссертационной работы докладывались и получили одобрение на следующих научных мероприятиях: на II Международной научно-практической конференции «Финансы общественного сектора: глобальные тренды, новые риски и будущие приоритеты» (Москва, Финансовый университет, 21 апреля 2021 г.); на III Международной научно-практической конференции «Финансы общественного сектора: глобальные тренды, новые риски и будущие приоритеты» (Москва, Финансовый университет, 28 октября 2022 г.); на IV Международной научно-практической конференции «Финансы общественного сектора: глобальные тренды, новые риски и будущие приоритеты» (Москва, Финансовый университет, 12 апреля 2023 г.); на IV Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы функционирования финансовой системы России» (Москва, Финансовый университет, 15 февраля 2024 г.).

Материалы диссертации применяются в деятельности компании ООО «ФИНАТЕК» при разработке программных продуктов, функциональным назначением которых является автоматизация процессов финансового планирования в сфере здравоохранения. В частности, полученные результаты исследования позволили компании повысить качество методологического обеспечения при эксплуатации и внедрении программных продуктов компании на базе лицензионного программного обеспечения «ЭС «РАМЗЭС 2.0», входящих в Реестр отечественного программного обеспечения Российской Федерации, для заказчиков в лице региональных органов управления здравоохранением при определении объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Элементы разработанной автором модели оперативного управления финансовыми ресурсами государственного учреждения здравоохранения, участвующего в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, используются компанией при создании автоматических контролей для обеспечения процессов планирования финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения, подключенных к лицензионному веб-сервису компании.

Применение разработанной в диссертации методики финансового моделирования показателей финансово-хозяйственной деятельности государственных учреждений здравоохранения при реализации программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, позволяющей увязать объемы финансового обеспечения с результатами и качеством предоставляемой бесплатной медицинской помощи населению, способствует развитию программных продуктов компании и повышает качество их методологического обеспечения.

Материалы диссертации применяются в работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» при расчете и обосновании показателей финансового стимулирования медицинских работников учреждения, участвующих в предоставлении медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

В частности, при расчете балльной оценки трудовой функции врачей и среднего медицинского персонала используется разделение на экспертный и диапазонный тип. Для определения стимулирующей части фонда оплаты труда применяется расчет цены одного балла на основе установленного планового лимита и коэффициента значимости по должностям.

Элементы модели оперативного управления финансовыми ресурсами государственного учреждения используются в деятельности не только

финансово-экономических, но и медицинских подразделений учреждения, что позволяет повысить качество медицинской помощи и финансовую устойчивость учреждения.

Применение практических рекомендаций, разработанных в диссертации, способствует повышению качества управления финансовыми ресурсами, предоставляемых учреждению в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Материалы диссертации используются Кафедрой общественных финансов Финансового факультета ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации» в учебном процессе в рамках преподавания учебных дисциплин «Электронный бюджет (практикум)», «Финансовые технологии в государственном секторе», при проведении научно-исследовательского семинара по направленности программы магистратуры «Финансовые инновации в государственном секторе».

Апробация и внедрение результатов исследования подтверждены соответствующими документами.

Публикации. Основные положения и результаты исследования отражены в 7 публикациях общим объемом 5,3 п.л. (весь объем авторский) в рецензируемых научных изданиях, определенных ВАК при Минобрнауки России.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, включающего 158 наименований, и одного приложения. Текст диссертации изложен на 178 страницах, содержит 24 таблицы, 22 рисунка.

Глава 1

Теоретические основы финансового обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий

1.1 Необходимость и особенности финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи

Независимо от уровня экономического развития и политического строя в любом социуме здоровье отождествляется с безусловной ценностью. Здоровье является необходимой предпосылкой для полной реализации биосоциальных возможностей человека, удовлетворения его материальных и духовных потребностей [44]. Так, уставом Всемирной организации здравоохранения термин здоровье трактуется как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [134].

При этом здоровье как важную характеристику человеческой жизнедеятельности в научной литературе разделяют на индивидуальное и общественное. Индивидуальное здоровье имеет отношение к медицинским характеристикам организма отдельного индивида, а общественное здоровье, в свою очередь, связано с агрегированным определением качества жизни граждан в целом.

Ключевая роль в обеспечении охраны общественного и индивидуального здоровья традиционно отводится медицинской помощи как особому виду профессиональной деятельности. Всемирная организация здравоохранения в документе «Основные концепции прав пациента в Европе» (1994 г.) рассматривает медицинскую помощь как врачебные, сестринские или смежные с ними услуги, оказываемые медицинскими организациями, к которым относятся «врачи, медицинские сестры, дантисты и представители других медицинских профессий». В российском нормативном поле, в частности, федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь определяется как «комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг».

Для целей настоящего исследования важно подчеркнуть, что в научной литературе «медицинская помощь» и «медицинская услуга» определяется по-разному с учетом правовых и морально-этических особенностей. Так, с юридической точки зрения медицинская помощь не включается в сферу гражданско-правового регулирования и ее предоставление связано с вопросами возмездного или безвозмездного оказания услуг. Таким образом, только медицинская услуга может являться объектом гражданских правоотношений при предоставлении медицинской помощи. Поэтому медицинская помощь рассматривается как вид гражданско-правовой услуги, которая обладает следующими свойствами:

- 1) способностью удовлетворять потребности;
- 2) иметь экономическую ценность;
- 3) носить имущественный характер;
- 4) сопровождаться риском недостижения положительного результата;
- 5) невозможностью гарантии положительного результата [60].

Словарь С.И. Ожегова определяет смысл слова «помощь» как «содействие кому-нибудь в чем-нибудь», участие в чем-нибудь, приносящее облегчение». В том же словаре медицинская помощь определяется как «лечебно-профилактические мероприятия, осуществляемые при болезнях, травмах, отравлениях, а также при родах». Так, медицинская помощь, предоставляемая на профессиональном уровне, не всегда предполагает наличие экономических отношений (например, в силу клятвы Гиппократова, которой следует врач). Следовательно, понятие медицинская помощь характеризует социальную значимость медицинского труда и не может рассматриваться исключительно как экономическая категория.

Медицинская услуга, безусловно, относится к экономической категории и характеризует ту часть медицинской деятельности, которая предполагает наличие экономических отношений между производителем и потребителем. При этом непосредственное оказание медицинской услуги и ее значимость для общества в контексте социальной справедливости может вызвать определенные противоречия. Например, расходы на предоставление услуг пациенту, страдающему неизлечимым заболеванием, с экономической точки зрения могут быть неэффективны, если данный пациент не сможет оплатить свое лечение или не сможет продолжать активную трудовую деятельность. Однако, с позиции социальной справедливости подобные «бесперспективные» расходы на неизлечимого больного отражают определенный результат, соответствующий нравственности и социальной ответственности социума.

Таким образом, понятие «медицинская помощь» является базовым по отношению к «медицинской услуге», а реализация прав граждан на получение медицинских услуг осуществляется при обращении за медицинской помощью. Так, в действующем нормативном поле медицинская помощь определяется как «комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг». При этом понятие «медицинская услуга» трактуется как «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» [6].

Следует подчеркнуть, что с точки зрения современной экономической науки вопрос о безусловной бесплатности медицинской услуги не рассматривается по причине возмездного характера использования экономических ресурсов. В частности, при оказании медицинской помощи необходимо обеспечить выплату заработной платы медицинскому персоналу, приобрести необходимые медикаменты, обслуживать медицинское оборудование, оплачивать коммунальные услуги и т.д. Кроме того, для

предоставления основных видов медицинской помощи требуется наличие специализированного оборудования и инструментария, приобретение и обслуживание которого включается в расходы медицинской организации.

Учитывая особую роль медицинской помощи в охране личного и общественного здоровья, исторически сложились разные подходы к ее финансовому обеспечению. Известные зарубежные экономисты в лице П. Самуэльсона, Д.Б. Кларка, А. Пигу и Э. Линдаля исследовали медицинскую помощь в качестве специального общественного блага, обладающего признаками неконкурентности и невозможности исключения из совокупного общественного потребления [104]. По мнению современных исследователей, «чистое общественное благо» представляет собой товар (работу, услугу), который потребляется членами социума коллективно вне зависимости от того, платят они за него или нет [50]. При этом смешанное общественное благо также может потребляться социумом коллективно, но в ограниченном объеме. В результате, с точки зрения концепции общественных благ, потребление медицинской помощи в индивидуальном порядке может приводить к положительным выгодам и для общества (поддерживается работоспособность, снижаются иждивенческие выплаты и др.).

Развитием концепции общественных благ также занимались теоретики в области управления общественными финансами. В частности, американским экономистом Р. Масгрейвом был предложен новый термин «мериторные блага» (англ. merit goods), под которыми понимались блага, спрос на которые отстает от необходимого для социума уровня [20]. В своих исследованиях Р. Масгрейв отмечал, что для социально-значимых (мериторных) благ необходимо финансовое участие государства для нивелирования отстающего спроса со стороны частных лиц. В рамках концепции мериторных благ признается допустимым ограничение индивидуального выбора человека в пользу общественно признанных товаров (работ, услуг). Таким образом, социально-значимые блага в контексте общественных интересов создают

определенную ценность, в то время как для самого человека как потребителя мериторных благ данная ценность не всегда является очевидной.

Например, как уже отмечалось выше, медицинская помощь формирует качественный человеческий капитал и способствует интенсификации экономического роста. Однако для отдельного человека польза от получения медицинской помощи может быть не так очевидна, особенно если текущий уровень здоровья его полностью устраивает. При этом возможные риски развития тех или иных заболеваний (например, инфекционные болезни) у данного субъекта могут стать проблемой как для самого человека, так и для общества в целом. В результате государство фактически должно принуждать граждан к определенному уровню потребления медицинских услуг, так как в противном случае возникают угрозы роста в обществе отрицательных экстерналий в виде более активного распространения заболеваний, роста смертности, снижения трудоспособности экономически активного населения и др.

Концепция социально-значимых благ Масгрейва определяет три типа мериторных интересов общества при финансовом обеспечении государством медицинской помощи, а именно:

1) Общество стремится создать условия для защиты своих людей от принятия иррациональных решений. Например объективная сложность медицинской деятельности может приводить к снижению уровня осведомленности рядовых граждан в вопросах о необходимости проведения определенных диагностических или профилактических медицинских процедур.

2) Общество предпочитает помогать индивидуумам принимать верные решения. Хорошей иллюстрацией данного мериторного интереса общества является так называемая коллизия «Слабоволия Одиссея», когда у человека не хватает воли принять правильное решение (из-за недостатка мотивации, личных качеств, особенностей характера или др.), и поэтому он сознательно соглашается на вмешательство третьих лиц. В контексте здравоохранения

мериторика работает в отношении формирования государством институтов разумного выбора индивида в области медицинской помощи через систему нормативных правовых ограничений (наркологические и психиатрические службы, вакцинопрофилактика, охрана здоровья матери и ребенка, обязательные медицинские осмотры и др.).

3) Потребность общества в преодолении иррациональности поведения социально незащищенных слоев населения посредством предоставления нуждающимся помощи в «натуральном виде». Финансовое обеспечение медицинской помощи социально незащищенным группам населения становится актуальной политической повесткой в любом современном демократическом обществе. Например, даже в частной модели здравоохранения США присутствуют финансируемые государством национальные программы медицинского страхования «Medicare» (для лиц от 65 лет и старше) и «Medicaid» (для лиц с доходом ниже черты бедности) [82].

В результате жизненная важность медицинской помощи предопределяет особенности ее финансового обеспечения как особого социально-значимого блага. В сравнении с другими социально-значимыми услугами (образование, спорт, культура, социальная защита населения) медицинская помощь выделяется необходимостью всеобщего охвата населения вне зависимости от территориальных, демографических или иных особенностей публичного образования. Так, для сферы основного общего образования потребителями услуги выступают дети школьного возраста, что позволяет государству планировать финансовые ресурсы системы образования исходя из сложившейся возрастной структуры населения. При этом спрос на медицинскую помощь может носить непостоянный характер, создавая экстремальную нагрузку на мощности системы здравоохранения (например, во время развития эпидемиологического процесса), что обязывает государства создавать условия для всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

Уровень спроса на социально-значимые блага также является весомым фактором при предоставлении услуг в области спорта и культуры. Однако

финансирование простого и расширенного воспроизводства подобных услуг может перекладываться на заинтересованного потребителя через механизм прямой оплаты в рамках свободного ценообразования. Например, для администрации театра нецелесообразно устанавливать низкую цену на театральную постановку с известными актерами, несмотря на объективную востребованность у аудитории и мериторный интерес общества в повышении культурного уровня своих граждан. Финансовое обеспечение медицинской помощи должно приводить к постоянному воспроизводству без привязки к финансовым возможностям потребителей (пациентов). Так, предоставление высокотехнологичной медицинской помощи в рамках государственных гарантий сохраняет ее доступность для граждан с низким уровнем дохода и одновременно с этим обеспечивает соблюдение мериторного интереса общества в справедливом распределении данного социально-значимого блага.

Другой отличительной особенностью финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи является аккумуляция целевых финансовых поступлений, когда средства формируются в рамках национальной системы налогообложения. В частности, финансирование деятельности государственных учреждений, предоставляющих услуги в сфере культуры и спорта, относится к расходам государственного бюджета. Финансовым обеспечением деятельности большинства учреждений здравоохранения занимаются внебюджетные фонды государственного медицинского страхования, формируемые за счет обязательных страховых взносов.

Важно отметить, что практика финансового фондирования также свойственна и для услуг по социальной защите населения. Однако, в случае с социальным страхованием конечным получателем средств выступает конкретное физическое лицо (например, пенсионер или безработный) в рамках исполнения государством публичных нормативных обязательств. При этом внебюджетные фонды медицинского страхования доводят финансовые средства опосредованно (через страховые медицинские организации) или

напрямую до медицинской организации, предоставившей медицинскую помощь застрахованному лицу.

Сравнительный анализ медицинской помощи с другими социально-значимыми благами, относящимися к мериторным интересам государства, представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика финансового обеспечения социально-значимых благ

Социально-значимая услуга	Наличие целевых (страховых) взносов	Охват населения	Зависимость от бюджетного финансирования	Взимание платы с потребителя
Медицинская помощь	Да	Всеобщий	Низкий уровень зависимости	Бесплатно в пределах государственных гарантий. Полная оплата за рамками государственных гарантий
Дошкольное и основное общее образование	Нет	Дети дошкольного возраста Дети школьного возраста	Средний уровень зависимости	Частичная оплата, соплатежи
Социальная защита населения	Частично	По отдельным категориям (пенсионеры, инвалиды, безработные и др.)	Средний уровень зависимости	Бесплатно
Услуги сферы физической культуры и спорта	Нет	Локально (в зависимости от сложившегося уровня спроса)	Средний уровень зависимости	Комбинированная оплата
Услуги сферы культуры	Нет	Локально (в зависимости от сложившегося уровня спроса)	Высокий уровень зависимости	Полная оплата

Источник: составлено автором.

Однако в XXI веке происходит изменение как объема государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, так и механизма их финансового обеспечения, что обусловлено рядом факторов:

- инвестиции в здоровье как составную часть человеческого капитала;
- трансформации на рынке труда;
- экономическое неравенство и размывание среднего класса;
- старение населения;
- регулярное распространение эпидемий и пандемий [31].

Инвестиции в здоровье как составной части человеческого капитала. В начале XXI века эксперты на базе различных площадок Всемирной организации здравоохранения проводили дискуссии по теме: можно ли считать медицинскую помощь общественным благом в современной рыночной экономике [125]? С одной стороны, оплата трудовой функции врачей, покупка медикаментов или содержание больничной койки относятся к частным благам, т.к. не обладают свойствами неконкурентности и неисключаемости. С другой стороны, улучшение состояния здоровья населения приводит к положительным эффектам для национальной экономики в целом, что повышает качество человеческого капитала (англ. human capital). В результате здоровье становится универсальной метрикой, которое влияет на оценку благосостояния государства и его достижений в сфере научно-технического прогресса.

Профессор экономики и социологии Чикагского университета Гэри Стэнли Беккер в своей статье «Инвестиции в человеческий капитал: теоретический анализ» (1962 г.) рассматривал человеческий капитал как самостоятельную экономическую категорию, включающую самого человека, его знания и умения, здоровье, а также профессиональные и интеллектуальные возможности, обеспечивающие эффективные результаты его жизнедеятельности [45]. Концепция человеческого капитала рассматривает капитал здоровья с позиции инвестиций в человека в целях формирования, сохранения и развития его здоровья. В частности, экономисты С.Л. Брю и К.Р. Макконел оценивали инвестиции в капитал здоровья как фактор

увеличения трудовых характеристик конкретного индивидуума, вследствие чего повышается его профессиональный доход [19].

Зарубежная практика также подтверждает тезис о том, что успехи в развитии человеческого капитала свойственны странам с эффективной системой здравоохранения. В частности, представленные в таблице 2 сравнительные данные свидетельствуют о том, страна-лидерам по индексу человеческого капитала также свойственны высокие показатели индекса развития национальной системой здравоохранения (индекс Bloomberg от 85 и выше). Важно отметить, что позиция Российской Федерации в представленном сравнительном анализе характеризуется относительно высоким индексом развития человеческого капитала (индекс равен 0,73 при среднемировом 0,56) и относительно слабыми показателями эффективности отечественной системы здравоохранения (значение индекса ниже 85). Таким образом, при дальнейшем развитии человеческого капитала государству следует уделять особое внимание вопросам совершенствования национальной системы здравоохранения, включая реализацию государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Таблица 2 – Анализ стран по индексу человеческого капитала и эффективности систем здравоохранения

Страна	Рейтинг стран по индексу человеческого капитала (2020 г.)		Индекс Bloomberg (шкала 0-100, «больше-лучше»)
	Индекс (шкала 0-1, «больше-лучше»)	Место в рейтинге	
Сингапур	0,88	1	89,29
Южная Корея	0,84	2	85,41
Япония	0,84	3	91,38
Гонконг, Китай	0,82	4	-
Финляндия	0,81	5	85,89
Ирландия	0,81	6	84,06
Австралия	0,80	7	86,30
Швеция	0,80	8	90,24
Нидерланды	0,80	9	85,86
Канада	0,80	10	85,70
СПРАВОЧНО: Россия	0,73	34	70,37

Источник: составлено автором по материалам [131; 136].

Следует отметить, что капитал здоровья как экономическая категория может обладать свойством накопления и обеспечивать дополнительный доход для индивидуума [41]. Сторонники концепции инвестиций в человеческий капитал во второй половине XX века изучали необходимость предоставления населению медицинской помощи как фактора интенсификации экономического роста.

С другой стороны, медицинская помощь в рамках концепции человеческого капитала рассматривается также на уровне индивидуальной полезности данного социально-значимого блага. Так, американский экономист в области здравоохранения Майкл Гроссман предполагал, что уровень индивидуального спроса на медицинскую помощь будет зависеть от множества взаимоувязанных факторов. В частности, при обращении за медицинской помощью сама по себе медицинская помощь не является самоцелью, т.к. потребители прежде всего стремятся улучшить показатели здоровья или излечиться от болезни. С позиции Майкла Гроссмана двойственная природа личного здоровья состоит в том, что его можно рассматривать в качестве потребительского блага и источника дополнительного дохода. При этом здоровье как источник дополнительного дохода является ключевым элементом человеческого капитала и рассматривается как объект инвестиций [81].

При этом в последнее время можно наблюдать стремление государств к развитию человеческого капитала в качестве одного из инструментов соблюдения социальной справедливости. Так, если во второй половине XX века инвестиции в здоровье оценивались с позиции увеличения экономической отдачи от улучшения трудового ресурса, то в XXI веке подобные инвестиции становятся неотъемлемой частью социальных гарантий государства в рамках нового общественного договора.

Трансформации на рынке труда. В числе других важных факторов, влияющих на расширение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, можно отметить происходящую трансформацию на

рынке труда. Текущее состояние общественного договора подразумевает предоставление гражданам возможностей для получения трудового дохода как основной инструмент в сохранении социальной справедливости. При этом увеличение уровня безработицы всегда рассматривается исследователями как негативный фактор, характерный для кризисного состояния экономической системы. Так, Дж. Стиглиц считал безработицу основной причиной дестабилизации национальной экономики, возникающей в связи с наличием системных недостатков в работе рыночных механизмов [23].

Общемировой тенденцией на рынке труда становится повсеместная автоматизация и роботизация при производстве товаров и предоставлении услуг, что создает структурные риски для работающего населения. В научном экономическом обороте подобный тренд получил название «технологическая безработица», результатом которой становится не только увеличение числа безработных, но и увеличение расходов государства на предоставление социально-значимых услуг безработных.

Международная организация труда (далее – МОТ) считает, что риски развития технологической безработицы касаются половины существующих рабочих мест [150].

По данным экспертов, в ближайшем будущем в мировом масштабе для производства товаров, работ и услуг потребуется:

- 1-2% работников в сельском хозяйстве;
- 5-7% работников в секторе государственных и социальных услуг;
- 5-20% работников сервисном и промышленном секторе.

В результате технологические новации могут становиться причиной невостребованности трудовой функции экономически активного населения. В этой связи риски дальнейшего развития технологической безработицы могут привести к значительному сокращению финансовых средств в системе государственного медицинского страхования, а также к оптимизации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Экономическое неравенство и размывание среднего класса. Не менее важным фактором, объективно обуславливающим потребность в расширении государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, становится нарастающее экономическое неравенство и проблема «размывания среднего класса». В экономической литературе проблему «размывания среднего класса» исследователи определяют как процесс постоянного уменьшения среднего класса среди населения в контексте нарастающего экономического неравенства [48]. При этом в рамках национальной экономики средний класс как экономически активная часть населения всегда выполнял функции не только потребителя общественного продукта, но и налогоплательщика.

Именно средний класс способствует формированию и накоплению качественного человеческого капитала, необходимого для развития инновационной экономики. Однако в XXI веке резкий рост неравенства в распределении богатства между богатыми и бедными слоями населения усилили нестабильность в обществе, а также положение среднего класса. Т. Пикетти в работе «Капитал XXI века» отмечает, что экономическое неравенство является обязательным признаком капитализма, а компенсаторные механизмы могут быть обеспечены только через государственное вмешательство [21]. Нобелевский лауреат по экономике Пол Кругман охарактеризовал проблему неравенства в современном обществе следующими словами: «Мы не просто вернулись в девятнадцатый век по уровню неравенства доходов, мы также на пути к «вотчинному капитализму», при котором командные высоты в экономике контролируются не талантливыми людьми, а семейными династиями» [69].

Таким образом, новый общественный договор с точки зрения социальной справедливости должен снижать угрозы, вызванные технологической безработицей и экономическим неравенством. Общими для всех народов становятся следующие требования к обновленному общественному договору: требование фактического равенства возможностей,

обеспечение адекватного стоимостного вознаграждения за труд и необходимость перераспределения богатства от более успешных к менее успешным членам общества [38].

В контексте нового общественного договора обеспечение доступа населения к бесплатной медицинской помощи выступает как инструмент сохранения социальной солидарности. Равный доступ всех членов общества к медицинской помощи является важным аспектом ее удешевления, профилактики имущественного неравенства и обеспечения базовой общественной справедливости.

Старение населения. Расширению программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи способствует феномен старения населения (англ. ageing, «эйджинг»). Исследователи рассматривают проблему старения населения в контексте «демографического перехода», при котором в течение продолжительного времени наблюдается снижение показателей смертности среди пожилого населения одновременно с уменьшением показателей рождаемости [55].

Кроме того, демографический переход является трендом не только стран с высоким уровнем социально-экономического развития, но и для стран с развивающейся экономикой. Так, по мнению исследователей, процессы старения населения в горизонте ближайших десятилетий в развивающихся странах будут происходить опережающими темпами в сравнении с развитыми странами [55].

В частности, по данным в таблице 3, можно отметить, что по прогнозу ООН доля лиц пожилого возраста к 2040 году составит 20%, а к концу XXI века данный показатель достигнет отметки в 28,2%. При этом доля детей младше 9 лет в структуре мирового народонаселения сократится с 17,2% до 14,8% к 2040 году, что обусловлено прогнозируемым трендом на снижение рождаемости в долгосрочной перспективе.

Таблица 3 – Прогноз динамики возрастной структуры народонаселения Земли с 2020 г. по 2100 г.

В процентах

Год	Возраст				
	0-9	10-19	20-34	35-59	старше 60
2020	17,2	16,1	23,1	30,2	13,5
2025	16,5	15,9	21,9	30,8	14,9
2030	15,8	15,5	21,4	30,8	16,5
2035	15,2	15,0	21,3	30,6	17,8
2040	14,8	14,5	21,2	30,6	18,9
2045	14,5	14,2	20,8	30,5	20,0
2050	14,1	13,9	20,4	30,2	21,4
2055	13,8	13,7	20,0	30,2	22,3
2060	13,5	13,5	19,7	30,4	23,0
2065	13,2	13,2	19,6	30,4	23,6
2070	12,9	13,0	19,4	30,4	24,3
2075	12,7	12,8	19,2	30,3	25,0
2080	12,4	12,6	19,0	30,2	25,7
2085	12,2	12,4	18,8	30,2	26,4
2090	12,0	12,2	18,6	30,2	27,0
2095	11,8	12,1	18,4	30,2	27,6
2100	11,5	11,9	18,2	30,1	28,2

Источник: составлено автором по материалам [162].

Например, к концу XXI века в Японии и Южной Корее более трети населения будет старше 60 лет, а в странах Западной Европы данный показатель должен достигнуть 30-33% к концу текущего века. При этом в Российской Федерации доля пожилых людей, по прогнозам ООН, должна увеличиться с 22,4 % до 30,5% всего за 30 лет с 2020 года по 2050 год.

Российский демограф Вишневский А.Г. считает, что проблема демографического перехода заключается в невозможности поднять уровень рождаемости до уровня замещения поколений, то есть данная ситуация является «неизбежной нормой» для развитых стран в связи с «ликвидацией детской смертности, эмансипацией и самореализацией женщины, растущими удельными инвестициями в детей и проч.» [37].

Исследователи выделяют две фундаментальные причины старения населения – увеличение общей продолжительности жизни и снижающийся уровень рождаемости. Следствием обозначенных тенденций становится

повышение среднего возраста с преобладаем пожилых людей в общей структуре населения [128].

При этом проблема старения населения затрагивает финансовое обеспечение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в двух аспектах:

1) необходимость постоянного увеличения фискальной нагрузки на работающее население в связи с увеличением объемов государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

2) постоянное увеличение спроса на бесплатную медицинскую помощь со стороны пожилого населения, что обуславливает необходимость расширения источников финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Следует отметить, что процессы старения в человеческом организме повышают потребность в медицинской помощи и регулярных медицинских вмешательствах для поддержания жизнедеятельности. Однако медицинская помощь может играть разные роли при старении населения в зависимости от числа дополнительных лет жизни, проживаемых людьми в «хорошем» или в «плохом» функциональном состоянии. В результате, если медицинские вмешательства сохраняют жизнь индивидам с плохим здоровьем и они живут дольше в больном состоянии, то это повышает иждивенческую нагрузку на общество.

В свою очередь, если медицинская помощь будет способствовать удлинению той части жизни пожилых людей, в которой они будут в хорошем физическом и психическом состоянии, то, во-первых, рост продолжительности здоровой жизни позволит людям в пожилом возрасте дольше оставаться на рынке труда, участвуя в создании валового внутреннего продукта; во-вторых, спрос на медицинскую помощь со стороны здоровых пожилых людей будет снижаться и высвобождать медицинские ресурсы.

Распространение эпидемий и пандемий. Важно подчеркнуть, что рассмотренные выше факторы, объективно обуславливающие необходимость

расширения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, можно отнести к предсказуемым явлениям. При этом исторический опыт демонстрирует, что рост потребности в государственной организации институтов охраны общественного здоровья был в первую очередь обусловлен непредсказуемым развитием пандемийных процессов [35].

Так, в истории развития эпидемиологических событий за прошедшее столетие можно выделить:

- испанский грипп (с 1918 г. по 1919 г.);
- азиатский грипп (с 1957 г. по 1958 г.);
- гонконгский грипп (с 1968 г. по 1969 г.);
- птичий грипп (с 1995 г. по 2010 г.);
- свиной грипп (с 2009 г. по 2010 г.);
- пандемия COVID-19 (с января 2020 г. по май 2023 г.).

Последняя пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 стала серьезной проверкой для национальных систем здравоохранения с точки зрения готовности к экстремальным нагрузкам. Быстрое распространение COVID-19 значительно повлияло на пересмотр сложившихся объемов государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. По информации от Johns Hopkins University (США) общее число зарегистрированных случаев заражения новой коронавирусной инфекцией достигло 775 млн, а число погибших составило 7 млн чел. за период с марта 2020 года по январь 2024 года [155]. Важно отметить, что проблема распространения новой коронавирусной инфекции затронула страны с разным уровнем развития систем здравоохранения. В итоге даже страны с высокоэффективными системами здравоохранения (Канада, Германия, Великобритания, Япония, Южная Корея и др.) не смогли удержать на безопасном для граждан уровне развитие эпидемиологического процесса COVID-19.

При этом исследователи в области медицины указывают на высокую вероятность появления новых вирусов гриппа, а также различных мутаций коронавирусной инфекции. Важно отметить, что опасность непредвиденных

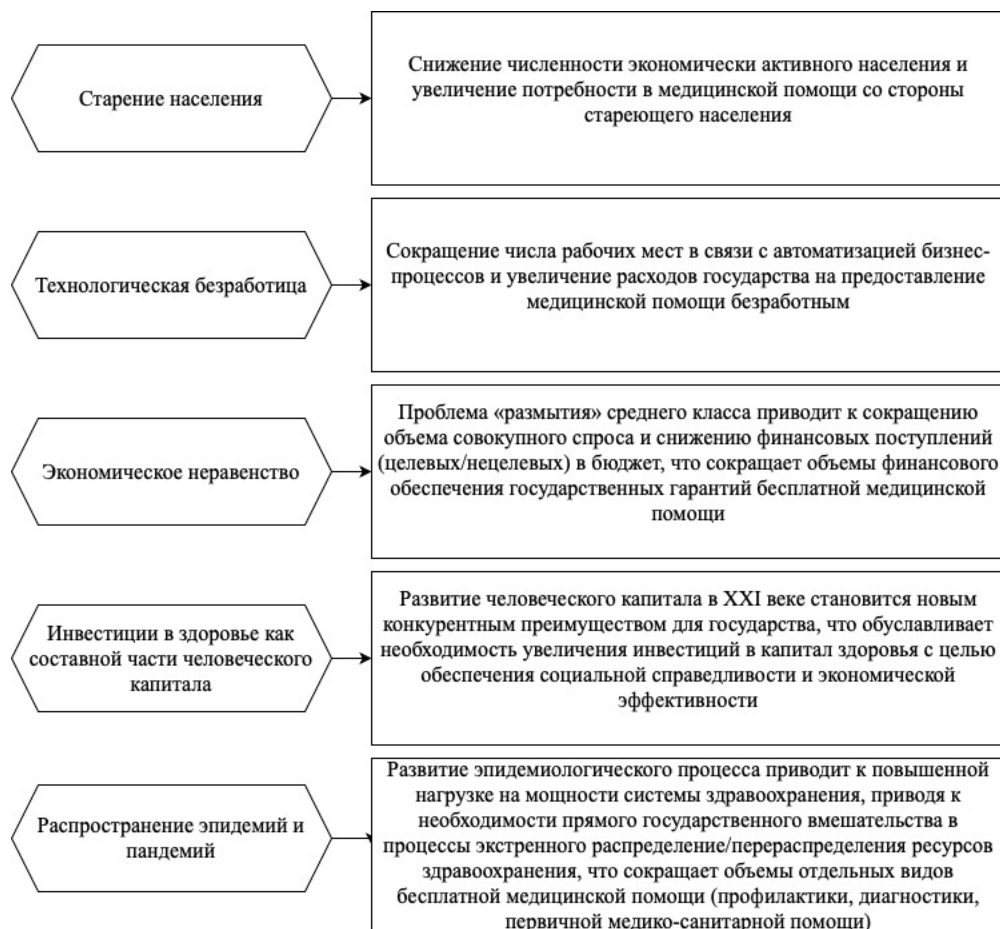
мутаций в рамках развития эпидемиологического процесса становится главным риском, влияющим на возможности национальной системы здравоохранения справиться с пандемией [110].

В итоге пандемии любого вирусного заболевания представляют общественную опасность, так как, во-первых, массовая заболеваемость перегружает имеющиеся ресурсы системы здравоохранения, снижая общую доступность медицинской помощи; во-вторых, вслед за пандемией снижается экономическая активность, что дестабилизирует финансовую устойчивость провайдеров медицинской помощи. Исторический опыт эпидемиологического надзора показывает, что новые волны смертельных пандемий всегда остаются вопросом времени и будут требовать от человечества переоценки применяемых стратегий охраны общественного здоровья. Очевидно, что финансовое обеспечение бесплатной медицинской помощи в подобных условиях невозможно в рамках рыночных механизмов и должно рассматриваться как публичное обязательство государства.

Пандемия также подтверждает особенность финансового обеспечения медицинской помощи, заключающуюся в мериторном интересе государства. В частности, выгоды от предоставления медицинской помощи заболевшему COVID-19 получает не только сам пациент, но общество по причине снижения рисков раннего и быстрого распространения вирусной болезни.

В результате пандемия COVID-19 оказала положительное влияние на закрепление в новом общественном договоре необходимости роста финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи. В частности, борьба с новой коронавирусной инфекцией обязала государства перераспределять ресурсы здравоохранения в административно-командном порядке без учета экономической выгоды для провайдеров медицинской помощи. Кроме того, государственная политика по борьбе с COVID-19 не ограничивалась только здравоохранением, что подчеркивает системный характер организации охраны общественного здоровья и оказания медицинской помощи.

Таким образом, трансформация общественного договора в современных условиях должна учитывать комплексный характер изменений, проистекающих в сфере экономических, политических и социальных отношений. В целях определения контуров нового общественного договора представляется целесообразным выделить факторы, влияющие на требования социума к гарантированным государством объемам финансового обеспечения медицинской помощи. Сводная характеристика факторов, влияющих на расширение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи представлена на рисунке 1.



Источник: составлено автором.

Рисунок 1 – Характеристика факторов, детерминирующих рост объемов финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи в долгосрочной перспективе

Большинство стран при реализации социальной политики включают бесплатную медицинскую помощь в состав публичных государственных гарантий, а механизмы перераспределения финансовых ресурсов здравоохранения закрепляют в налоговом и бюджетном законодательстве.

Вопрос о необходимости государственного участия в финансовом обеспечении производства общественных благ рассматривался со стороны известных представителей шведской экономической школы (Э. Линдаля, К. Виксель). Так, по мнению Э.Линдаля люди склонны потреблять общественные блага даром, перекадывая их производство и плату на других. Подобная ситуация в экономической литературе по микроэкономике получила название «проблема безбилетника» (англ. free-rider problem) [50].

Решение «проблемы безбилетника» с позиции классиков шведской школы экономики заключается в установлении специальных налогов (сборов) для финансирования производства общественных благ. В концепции Линдаля уровень фискальной нагрузки должен определять ту цену, которую гражданин потенциально готов платить при заданном объеме потребления социально-значимого товара (работы, услуги).

По мнению Л.И. Якобсона, «индивидуальному потребителю нет надобности целиком брать на себя цену, по которой благо поставляется сообществу, достаточно внести некоторый вклад, соответствующий персональной готовности платить, причем оптимум достигается в том и только в том случае, если сумма определенных таким образом вкладов равна альтернативной стоимости ресурсов, которые нужны для получения единицы общественного блага» [153].

Экономический смысл в бюджетном финансировании сферы здравоохранения состоит в том, что если к равновесию Линдаля добавить мериторного игрока в лице публично-правового образования, то можно получить персональную цену, которое публичное образование готово доплачивать за социальную полезность медицинской помощи. То есть приобретая социально-значимые блага в виде медицинской помощи потребитель платит свою цену в виде налогов в бюджет или взносов в страховые фонды, а государство доплачивает свою цену в виде бюджетных субсидий, дотаций или др. При этом расходы медицинских организаций

покрываются за счет поступлений в рамках страхового возмещения или бюджетных ассигнований.

Следует отметить, что необходимость государственного участия в регулировании механизмов финансового обеспечения медицинской помощи также возникает из-за «провалов» рынка, который неспособен свести разнообразные индивидуальные предпочтения к общему социальному интересу. Так, в рамках концепции мериторных благ можно выделить два основных механизма финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи:

1) предоставление медицинской помощи за счет немаркированных налоговых платежей;

2) предоставление медицинской помощи за счет обязательных страховых взносов, аккумулируемых во внебюджетных фондах государственного страхования.

Так, в любой стране, вне зависимости от ее социально-экономического положения, всегда найдутся люди, у которых нет возможности оплачивать необходимую им медицинскую помощь в рамках рыночного механизма. Без государственных гарантий люди с низкими доходами сталкиваются с дилеммой: оплатить медицинскую помощь, создав для себя и своей семьи экстремальную финансовую нагрузку, или не обращаться за медицинской помощью, оставаясь больным и подвергаясь риску быть нетрудоспособным. При этом цель всеобщего охвата населения услугами здравоохранения с позиции целей устойчивого развития Организации объединенных наций состоит в том, чтобы у каждого человека была возможность пользоваться необходимыми видами медицинской помощи без риска разорения и нищеты.

1.2 Характеристика современных подходов к финансовому обеспечению государственных гарантий бесплатной медицинской помощи

Конституционная доктрина современного социального государства устанавливает и юридически гарантирует основным законом предоставление населению определенных общественных благ, необходимых для полноценного и всестороннего развития человека [50].

Однако быть субъектом конституционного права для человека означает быть источником притязаний на данные права как неотъемлемые и естественные, то есть конституционные права не равны юридическим правам в строгом смысле этого слова. С одной стороны, права конституционного типа являются каналом превращений идей государства в общественные блага через другие отрасли права (административные, гражданские, налоговые и др.). С другой стороны, это взаимосвязь обширной юридической практики с базовыми основами правовой жизни, в которой государство опирается на признание конституционного права при реализации государственной политики [66].

Кроме того, право человека на охрану здоровья и медицинскую помощь на мировом уровне впервые было закреплено в Уставе Всемирной организации здравоохранения в 1946 году. Затем данное право было закреплено в статье 25 Всеобщей декларации прав человека 1948 года и ратифицировано Международной конвенцией 1966 года.

Признание на международном уровне прав человека на охрану здоровья и медицинскую помощь нашло закрепление и во внутреннем законодательстве и социальной политике большинство стран. Так, в Российской Федерации данное право закреплено непосредственно в статье 41 Конституции: «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [1].

Кроме того, нормативное регулирование при реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь закреплено нормами федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Так, предметом регулирования данного федерального закона являются экономические и юридические основы охраны здоровья, гарантии реализации прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья, полномочия органов власти, права и обязанности медицинских организаций, а также права и обязанности медицинских работников.

С юридической точки зрения гарантированное конституцией право на получение гражданином бесплатной медицинской помощи представляет собой набор взаимосвязанных обязательств политической власти в сфере здравоохранения перед гражданским обществом. При этом конституционно-правовые нормы в сфере охраны здоровья служат правовыми установками публичного образования для формирования соответствующих законодательных и нормативных актов.

Вместе с тем реализация конституционных прав на получение гражданином бесплатной медицинской помощи осуществляется посредством национальной системы здравоохранения, включающей сеть медицинских организаций различного типа, являющихся непосредственными провайдерами бесплатной медицинской помощи. При этом финансовые возможности национальной экономики не освобождают государства от реализации конституционных прав своих граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь [100]. Следовательно, для реализации конституционных прав государство должно выбирать наиболее эффективные подходы к финансовому обеспечению гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи.

При этом подходы к финансовому обеспечению в контексте прав граждан на бесплатную медицинскую помощь в рамках настоящего исследования будут рассматриваться как закрепленные на законодательном уровне механизмы привлечения финансовых ресурсов, необходимых для предоставления медицинской помощи гражданам на безвозмездной основе.

Важно отметить, что в большинстве стран общественный договор обязывает формировать национальную систему здравоохранения на принципах справедливости и равенства возможностей получения медицинской помощи. При этом в научной экономической литературе сложились разные позиции по определению принципа справедливости в здравоохранении. Так, по мнению ряда исследователей, население страны должно иметь право только на минимально необходимый уровень медицинской помощи [18]. При этом другая часть исследователей рассматривают принцип справедливости как полное равенство в возможностях лечения для всех граждан [86]. Также можно отметить позицию исследователей, которые характеризуют реализацию принципа справедливости в здравоохранении через равенство доступа к ресурсам системы здравоохранения с обязательным финансовым участием каждого члена социума [72].

Вместе с тем соблюдение принципа справедливости и равенства возможностей в здравоохранении также становится базовым ориентиром для государства при определении следующих элементов программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи:

- применяемые механизмы финансового обеспечения ПГГ;
- виды, условия и объем медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ;
- категории населения, для которых медицинская помощь предоставляется бесплатно в рамках ПГГ.

На сегодняшний день в мировой практике можно выделить несколько концептуальных подходов к финансовому обеспечению ПГГ, обусловленных исторически сложившимися особенностями развития национальных систем здравоохранения.

Первый подход к финансовому обеспечению ПГГ связан с существованием бессрочных целевых программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи для льготных категорий граждан. Для

данного подхода характерно частичный охват отдельных категорий населения программами государственных гарантий бесплатной медицинской помощи за счет целевых государственных расходов.

В наибольшей степени данный подход к финансовому обеспечению ПГГ представлен в США. Так как система здравоохранения США исторически формировалась преимущественно в условиях свободного рынка с минимальным государственным финансовым участием. Система предоставления медицинской помощи в США основана на децентрализованной системе управления, при которой присутствует разделение полномочий между федеральным центром и штатами. В частности, на уровне федерации полномочия органа в сфере охраны здоровья закреплены за Департаментом здравоохранения и социальных служб (HHS, англ. Department of Health and Human Services).

Одна из крупнейших государственных программ Medicare действует в США с 1965 года и обеспечивает бесплатной медицинской помощью американцев старше 65 лет и инвалидов. Федеральная программа Medicare включает в себя такие виды медицинских услуг как:

- медицинские услуги в условиях круглосуточного стационара и на дому (больничное страхование);
- медицинские услуги, предоставляемые амбулаторно-поликлиническим комплексом;
- обеспечение рецептурными лекарственными препаратами и отдельными медицинскими изделиями.

При этом больничная часть программы Medicare финансируется преимущественно за счет обязательных страховых взносов на медицинское страхование с предпринимателей и наемных работников. Так, в 2023 году согласно федеральному закону о страховых взносах (FICA), налог в фонд программы Medicare составил 2,9% от размера заработной платы (1,45% с работодателя и 1,45% с немного работника).

Одновременно с программой Medicare федеральное правительство США реализует программу Medicaid с 1965 года, в задачи которой входит финансовое обеспечение бесплатной медицинской помощи для отдельных категорий граждан (безработные, малоимущие, многодетные семьи, беременные женщины, граждане с социально-значимыми заболеваниями). Следует отметить, что финансовое обеспечение программы Medicare включает поступления из федерального бюджета (около 18%), бюджетов штатов (около 40%) и местных бюджетов (около 42%).

Medicaid покрывает медицинскую помощь в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного стационара, лабораторную диагностику, а также пребывание в домах престарелых. При этом федеральное правительство определяет основные параметры программы Medicaid, а законодательные и исполнительные органы штатов с учетом региональной специфики и финансовых возможностей реализуют данную программу на местах.

Вместе с тем, несмотря на значительную емкость рынка медицинских услуг, система здравоохранения США по интегральным показателям эффективности уступает странам с полным охватом населения государственными гарантиями бесплатной медицинской помощи. Так, по итогам 2019 года, представленным в таблице 4, ожидаемая продолжительность жизни в США была на три с половиной года ниже, чем в соседней Канаде (с системой ОМС), а коэффициент смертности детей до 5 лет более чем в 2 раза превышал данный показатель по отдельным странам Европейского союза (Нидерланды, Италия и др.).

Таблица 4 – Сравнительный анализ показателей ожидаемой продолжительности жизни и коэффициента смертности детей до 5 лет в 2019 г.

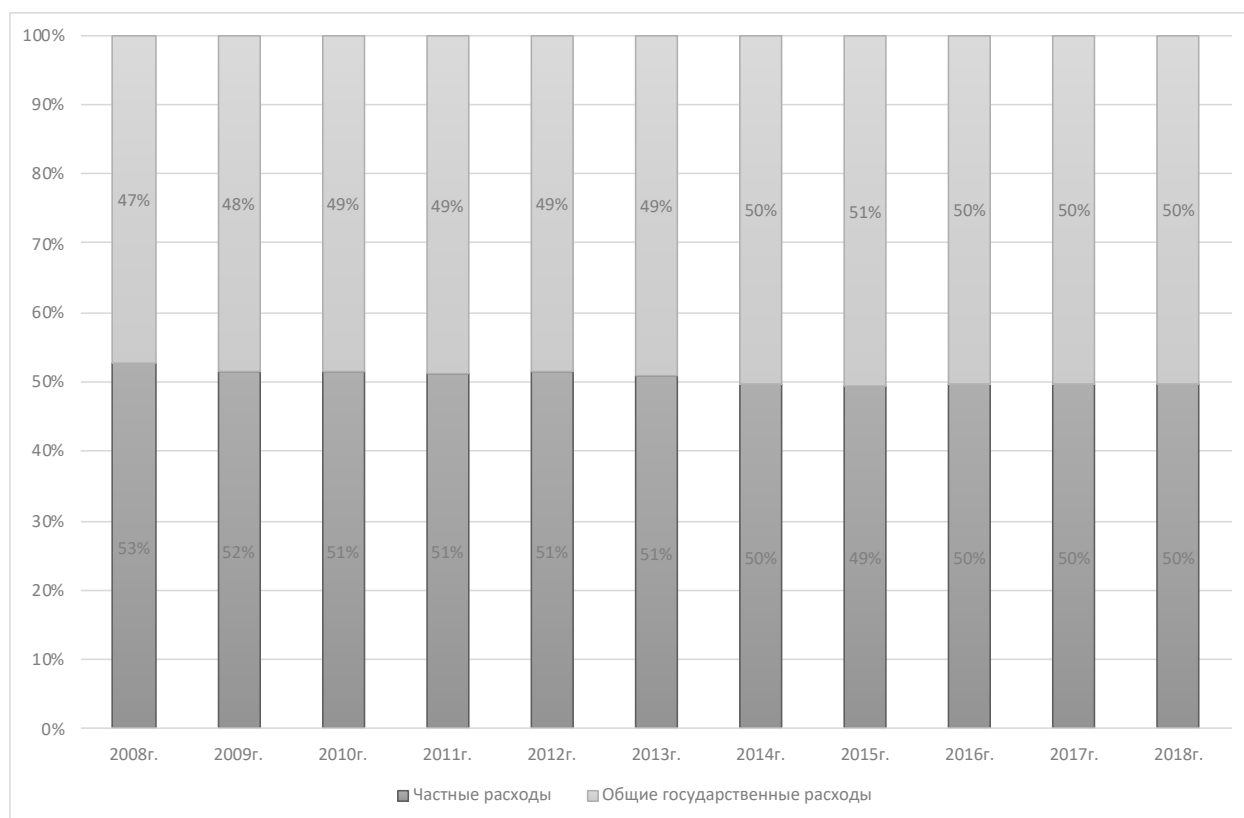
Страна	Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	Коэффициент смертности детей до 5 лет (на 1 000 новорожденных)
1	2	3
США	78,9	6,9
Франция	82,7	3,5
Нидерланды	82,3	2,8

Продолжение таблицы 4

1	2	3
Германия	81,3	3,4
Великобритания	81,1	4,4
Швеция	82,2	2,3
Канада	82,4	5,0
Италия	83,5	2,9
Дания	80,9	3,5
Справочно: Россия	72,6	6,6

Источник: составлено автором по материалам [146].

Однако, несмотря на объем и финансовое покрытие государственных программ Medicare и Medicaid, расходы частного сектора в общей структуре расходов на здравоохранение фактически составляют половину от общей суммы расходов. Как видно из данных на рисунке 2, удельный вес расходов частного сектора на здравоохранение в 2008-2018 гг. находился на уровне 50% в общей структуре расходов на здравоохранение в США.



Источник: составлено автором по материалам [135].

Рисунок 2 – Соотношение доли частных и государственных расходов в общих расходах на здравоохранение США в 2008-2018 гг., в процентах

Таким образом, в контексте концепции мериторных благ для первого подхода (на примере США) свойственно покрытие целевыми программами государственных гарантий бесплатной медицинской помощи только социально-незащищенных категорий населения. При этом мериторная потребность социума в медицинской помощи удовлетворяется посредством использования прямых рыночных механизмов в отношении продуктов частного медицинского страхования. Следовательно, объемы финансового обеспечения медицинской помощи будут определяться масштабами рынка частного медицинского страхования. Кроме того, механизмы рыночного регулирования могут влиять на размеры страховых премий с учетом текущего баланса спроса и предложения на программы частного медицинского страхования. Вместе с тем разнообразие страховых продуктов и конкуренция среди медицинских организаций создают условия для выбора страхователем подходящей программы медицинского страхования с нужным ему объемом медицинской помощи.

Таким образом, отличительной особенностью первого подхода является делегирование государством обязанностей по финансовому обеспечению медицинской помощи непосредственно экономическим агентом. Однако преобладание рыночных механизмов в модели частного медицинского страхования может приводить к противоречиям между мериторными интересами социума и финансовыми стимулами участников рынка медицинского страхования. Например, масштабное покрытие диагностическими процедурами по раннему выявлению онкологических заболеваний может не соответствовать политике страховых компаний с учетом лимитов сформированного страхового пула.

Второй подход к финансовому обеспечению ПГГ предполагает предоставление основных видов медицинской помощи преимущественно с использованием бюджетных механизмов финансирования. Провайдерами бесплатной медицинской помощи при данном подходе выступают исключительно медицинские организации государственного сектора

здравоохранения. При этом расходы на медицинскую помощь включаются в состав расходов бюджетов бюджетной системы по аналогии с охраной правопорядка и национальной обороной. Кроме того, мериторные интересы социума в части гарантированных объемов медицинской помощи становятся основой для определения параметров государственной социальной и бюджетной политики.

В частности, данный подход активно применяется в Великобритании, включающей национальные системы здравоохранения Англии, Уэльса, Северной Ирландии и Шотландии. Роль главного государственного регулятора и финансирующей стороны в сфере здравоохранения отведена Национальной службе здравоохранения (англ. National Health Service, NHS), а основным источником финансового обеспечения программ бесплатной медицинской помощи являются общегосударственные налоги и сборы с частичным привлечением ассигнований местных бюджетов.

Центральным органом управления NHS является Министерство здравоохранения Правительства Великобритании, которое формирует и централизованно контролирует принятие законов и других нормативных актов в сфере здравоохранения. Муниципальный уровень управления в сфере здравоохранения закрепляется за местными подразделениями NHS в форме трастов (NHS trust). Связующим звеном между Министерством здравоохранения и муниципальными трастами являются Стратегические управления здравоохранения, отвечающие за определенные административные территории и обеспечивающие интеграцию общенациональных приоритетных программ.

Главным источником финансирования NHS являются немаркированные налоговые поступления в государственный бюджет Великобритании. При распределении финансовых ресурсов NHS на локальном уровне основную роль играют трасты первичного звена с функцией фондодержателя. Бюджетные ресурсы распределяются между трастами на основе тарифов и/или

национальных рекомендаций (NICE) с учетом текущей половозрастной структуры населения и плановых объемов медицинской помощи.

В номенклатуре трастов НСЗ выделяют трасты первичного звена (первичная медико-санитарная помощь), трасты вторичного звена (специализированная медицинская помощь), трасты неотложной помощи, трасты психического здоровья и др. При этом все трасты должны придерживаться национальных клинических рекомендаций, разработкой которых занимается подчиненный Министерству здравоохранения Национальный институт клинического мастерства (англ. The National Institute for Clinical Excellence – NICE).

Практика применения данного подхода при финансовом обеспечении государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на примере Великобритании позволяет выделить следующие особенности:

- 1) право на бесплатную медицинскую помощь для всего (без исключения) населения;
- 2) предоставление финансового обеспечения медицинским организациям с использованием бюджетных инструментов (субсидии, дотации, трансферты и др.);
- 3) финансирование медицинских организаций на основе сметного метода (постатейного);
- 4) полное возмещение нормативных затрат медицинских организаций, связанных с предоставлением медицинской помощи;
- 5) государственный бюджет как основной источник финансирования медицинской помощи;
- 6) преобладание государственных медицинских учреждений в системе здравоохранения;
- 7) централизованная система административного управления отраслью здравоохранения («сверху-вниз»).

При этом данный подход не лишен недостатков с точки зрения соблюдения принципов справедливости и равенства возможностей в рамках

реализации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Так, к одной из очевидных проблем при данном подходе специалисты относят чрезмерную бюрократизацию при предоставлении бесплатной медицинской помощи и связанные с этим трудности получения медицинской помощи, включая ее доступность для населения [101]. Также к минусам данного подхода исследователи относят зависимость отрасли здравоохранения от текущих бюджетных приоритетов и общей политической конъюнктуры, что в кризисные годы может приводить к финансированию отрасли по остаточному принципу [108].

Важно подчеркнуть, что при данном подходе основным источником финансового обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи выступают средства государственного бюджета. В результате финансирование медицинской помощи как мериторного (социально-значимого) блага становится возможным на основе распределительной функции государственного бюджета. При этом объемы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи ограничиваются действующими лимитами бюджетных ассигнований. В результате ключевой особенностью второго подхода в современном мире является сохранение прямой взаимосвязи между расходами государственного бюджета и удовлетворением мериторного интереса общества.

Третьим подходом к финансовому обеспечению ПГГ является модель, основанная на системе **обязательного медицинского страхования** (далее – ОМС), получившая широкое распространение в большинстве развитых и развивающихся стран [76]. Эта модель применяется в таких странах как Франция, Германия, Канада, Япония, Австрия, Швейцария, Норвегия, Россия и др.

Следует отметить, что ОМС по своей экономической природе является частью системы обязательного государственного социального страхования, формирование и использование финансовых ресурсов в которой предусмотрено в фондовой форме [80]. В результате применения системы

ОМС основные финансовые средства, являющиеся источником финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, аккумулируются во внебюджетных фондах. Вместе с тем внебюджетные фонды организуют финансовое перераспределение (напрямую или через страховую компанию) полученных средств в пользу медицинских организаций за оказанную ими медицинскую помощь по программам ОМС. При этом медицинские организации участвуют в реализации программ ОМС на паритетных основах вне зависимости от своей организационно-правовой формы (государственные, некоммерческие, частные).

Главным источником финансирования ПТГ в рамках ОМС являются обязательные страховые взносы работников и работодателей в фиксированном объеме от размера заработной платы. При этом обязательные взносы в фонды ОМС за неработающих граждан и социально незащищенные слои населения включаются в состав расходов бюджетов бюджетной системы страны.

Так, в Германии роль страховщиков выполняют больничные кассы (*Krankenkassen*, нем.), которые имеют статус частных некоммерческих организаций. Больничные кассы представляют собой независимые саморегулирующиеся структуры, управляющие финансовыми ресурсами и оказанием медицинских услуг в соответствии с установленными государственными гарантиями. Взносы в фонд социального медицинского страхования уплачиваются работодателями и работниками на паритетной основе (50/50) по фиксированной ставкам (нем. *Krankenversicherung*) в размере 14,6% от размера заработной платы. При этом неработающий супруг (супруга) и/или дети застрахованного гражданина автоматически включаются в список застрахованных лиц по программе ОМС. Также больничные кассы вправе устанавливать дополнительную ставку (от 0% до 2,2%) для своих клиентов в случае, если в прошлом году больничная касса на него потратила больше, чем получила.

Более сложная по структурной организации французская модель социально-страховой медицины, ставшая прообразом для российского дизайна ОМС, обеспечивает финансирование программ бесплатной медицинской помощи через национальный фонд медицинского страхования для наемных рабочих (франц. Caisse nationale de l'Assurance Maladie/CNAM). По аналогии с германской моделью финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи покрытие застрахованного лица во Франции охватывает также членов его семьи (супруга/супруг, дети до 16 лет). Вместе с тем каждому застрахованному лицу выдается специальная пластиковая карта (франц. Carte vitale), позволяющая идентифицировать пациента при обращении за медицинской помощью и возмещать полностью или частично расходы на приобретение лекарственных препаратов

Национальная программа обязательного медицинского страхования во Франции финансируется за счет обязательного взноса на социальное обеспечение (франц. *sécurité sociale*), который устанавливается в процентах к размеру оплаты труда и выплачивается работодателями (около 13%), а также их наемными работниками (8%). Такой способ финансирования медицинской помощи основан на принципах равенства участия (страховщик получает двойной взнос - от работника и от его работодателя), а также принципах солидарности и перераспределения, так как каждый участвует в системе медицинского страхования в зависимости от его доходов, а не от его профилей риска [39].

Во Франции медицинские услуги предоставляются как государственными, так и частными медицинскими организациями. При этом государственные учреждения здравоохранения во Франции находятся в ведении административно-территориального образования (коммуны) и функционируют в виде региональных больничных центров (CHR), центров общей практики (CHG) и местных больниц (HL). Первичная медико-санитарная помощь оказывается преимущественно самозанятыми врачами

общей практики, а вторичная помощь может предоставляться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

В России модель ОМС стала активно масштабироваться с 2011 года как замена бюджетному финансированию медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ. Финансовое обеспечение программ ОМС в России осуществляется за счет маркированных страховых взносов, взимаемых с работодателей (за работающее население) и региональных бюджетов (за неработающее население). Так, работодатели осуществляют выплату единого страхового взноса в размере 30% от суммы выплат и вознаграждений работнику, из которых 5,1% составляют взносы на ОМС.

При этом администрирование единого страхового взноса осуществляет Федеральная налоговая служба с зачислением этих средств в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС). Вместе с тем за неработающее население (дети, студенты, пенсионеры, безработные и др.) взносы уплачивает соответствующий субъект Российской Федерации из регионального бюджета по фиксированному тарифу (в 2023 году 18 864,6 руб.), скорректированному на коэффициент дифференциации и коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг [4]. Страховые взносы на ОМС за работающие и неработающие население аккумулируются в Федеральном фонде ОМС (далее – ФОМС) и в рамках бюджетного процесса распределяются путем предоставления субвенции территориальным фондам ОМС (далее – ТФОМС).

Центральным элементом в отечественной системе здравоохранения является программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, которая утверждается Правительством Российской Федерации. При этом базовая программа ОМС является составной частью ПГГ и определяет основные параметры медицинской помощи в рамках ОМС (виды медицинской помощи, способы оплаты, структуру тарифа и др.) [6]. Кроме того, застрахованные лица обязаны получить персональный полис

ОМС, удостоверяющий право на получение бесплатной медицинской помощи по базовой программе ОМС.

Проведенный анализ применения третьего концептуального подхода (ОМС) при финансовом обеспечении государственных гарантий бесплатной медицинской помощи позволяет выделить следующие особенности:

- 1) функционирование внебюджетных фондов, обеспечивающих аккумулирующих финансовые средства для реализации программ ОМС;
- 2) обязательность уплаты целевых страховых взносов в фонды (кассы) ОМС работодателями, работниками и/или государством;
- 3) наличие персонального идентификатора застрахованного лица (карточка, полис или др.) в системе ОМС;
- 4) оплата оказанных медицинских услуг осуществляется на основе установленных в системе ОМС тарифов на оплату медицинской помощи;
- 5) равноправность участия государственных, некоммерческих и частных медицинских организаций в программах ОМС.

Следует отметить, что в странах, применяющих для финансового обеспечения ПГГ на основе ОМС, последние 30 лет эксперты отмечают неконтролируемое удорожание программ ОМС, которое приводит к так называемой «политике сдерживания расходов в медицине» [63]. Эта проблема ставит вопрос об эффективности контроля затрат в системе ОМС и ретроспективной системе расчетов, при которой медицинские организации не ограничены в выборе применяемого инструментария, а страховые компании не несут ответственности за необоснованные медицинские расходы.

Так, начиная с конца 1990-х годов ключевой задачей французской системы здравоохранения является сдерживание затрат медицинских организаций. В связи с этим принимаются различные меры, призванные повлиять на поведение участников ОМС, например: строгий контроль учетной политики, снижение числа коек, ограничение числа видов оплачиваемых лекарств, увеличение назначений дженериков, а также оплата части стоимости амбулаторных медицинских услуг пациентом [91].

На практике политика сдерживания стоимости программ ОМС может проводиться государственными органами управления здравоохранением в следующих направлениях:

- 1) Административное ограничение доступности отдельных медицинских услуг ОМС.
- 2) Снижение финансовой компенсации за предоставленные услуги.
- 3) Снижение накладных расходов (плательщика и/или медицинской организации).

Важно отметить, что финансовое обеспечение ПГГ в рамках модели ОМС достигается прежде всего за счет фискальной функции государства, устанавливающего обязательность уплаты страховых взносов. Вместе с тем функционирование фондов ОМС с внебюджетным статусом позволяет снижать риски зависимости реализации ПГГ от текущих бюджетных приоритетов (например, в период экономического кризиса или пандемии). В результате сбалансированность бюджетов фондов ОМС становится ключевым индикатором при определении параметров программы государственных гарантий медицинской помощи. Кроме того, широкая распространенность модели ОМС в большинстве зарубежных странах позволяет сделать вывод о ее результативности.

Внебюджетный статус фондов ОМС фактически подчеркивает обособленный характер медицинской помощи по сравнению с другими мериторными благами (в области культуры, образования и др.). В этой связи финансовое обеспечение медицинской помощи как социально-значимого блага в модели ОМС имеет двойственное экономическое содержание. С одной стороны, медицинская помощь по программам ОМС предоставляется медицинскими организациями в рамках конкурентной среды, что подчеркивает рыночный характер этих отношений. С другой стороны, тарифы (цены) на медицинскую помощь устанавливаются в модели ОМС директивно и напрямую не зависят от работы рыночных механизмов.

Таким образом, на основе проведенного выше анализа можно выделить следующие концептуальные подходы к финансовому обеспечению ПГГ:

1) Первый подход: финансовое обеспечение бессрочных целевых программ бесплатной медицинской помощи.

2) Второй подход: прямое бюджетное финансирование основных видов медицинской помощи, включенной в состав государственных гарантий.

3) Третий подход: финансовое обеспечение государственных базовых программ бесплатной медицинской помощи через механизмы ОМС.

При этом на основе комбинированного использования рассмотренных концептуальных подходов можно выделить **четвертый подход** к финансовому обеспечению ПГГ. Так, особенность данного подхода заключается в использовании государством разных источников для финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. На практике основная часть государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи может финансироваться в рамках одного базового концептуального подхода, а финансовое обеспечение остальной часть этих гарантий будет осуществляться с использованием других подходов.

Например, при реализации ПГГ в России основной объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам за счет средств ОМС (третий подход), однако в составе ПГГ содержатся социально-значимые болезни, лечение которых осуществляется напрямую государством за счет средств субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания (второй подход). С другой стороны, в США финансовое обеспечение военных госпиталей осуществляется за счет средств федерального бюджета (второй подход) одновременно с реализацией федеральных целевых программ в области здравоохранения Medicare и Medicaid.

Следует подчеркнуть, что применение любого из рассмотренных подходов должно способствовать развитию финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. В результате

при анализе концептуальных подходов к финансовому обеспечению ПГГ важно определить основные направления оценки эффективности, обеспечивающие комплексный и локальный анализ ПГГ. Однако в научной литературе эффективность финансового обеспечения ПГГ отдельно не рассматривается или часто приравнивается к эффективности системы здравоохранения в целом.

Так, по результатам анализа научных публикаций можно выделить следующие подходы к оценке эффективности финансового обеспечения системы здравоохранения:

1) Оценка макроэкономических показателей в сфере здравоохранения. Для данного подхода характерна комплексная оценка деятельности национальной или региональных систем здравоохранения в целях анализа результативности отрасли здравоохранения и определения интегральных индикаторов (индексов, рейтингов и др.) [70].

2) Оценка эффективности использования экономических ресурсов в сфере здравоохранения. Данный подход предполагает медико-экономическую оценку эффективности использования материально-технических, трудовых и финансовых ресурсов медицинских организаций с целью выявления основных факторов, влияющих на эффективность предоставления медицинской помощи [59].

3) Оценка социального восприятия услуг в сфере здравоохранения на основе результатов социологического мониторинга качества и доступности предоставляемой медицинской помощи для выявления наиболее актуальных проблем по оценке населения [75].

Вместе с тем, сложившиеся методические подходы к определению эффективности финансового обеспечения медицинской помощи не акцентируют внимание на государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи, что требует уточнения применяемых методических подходов не только по причине существования мериторных интересов, но и

необходимости постоянного расширения объемов бесплатной медицинской помощи в условиях современных вызовов.

В результате оценка эффективности финансового обеспечения ПГГ может проводиться по следующим направлениям:

1) Оценка социальной эффективности функционирования сферы здравоохранения в контексте предоставляемых гарантий бесплатной медицинской помощи для определения наиболее проблемных аспектов.

2) Оценка макроэкономической эффективности реализации ПГГ на предмет достижения целевых показателей, определенных государством, и обеспечения устойчивого развития системы здравоохранения.

3) Оценка отраслевой эффективности на основе анализа работы учреждений здравоохранения, предоставляющих медицинскую помощь в рамках ПГГ и отвечающих за ее качество.

Для определения состава анализируемых показателей в рамках этих направлений важно выделить долгосрочные целевые индикаторы, достижение которых будет характеризовать эффективность финансового обеспечения ПГГ. Таким образом, направления оценки эффективности финансирования бесплатной медицинской помощи должны быть взаимоувязаны со стратегическими приоритетами государства в области здравоохранения (например, с Единым планом по достижению национальных целей развития Российской Федерации до 2030 года).

Кроме того, эффективный подход к финансовому обеспечению ПГГ должен способствовать распределению финансовых ресурсов на ее реализации с учетом постоянного повышения социальной, макроэкономической и отраслевой эффективности исходя из стратегических интересов государства и общества в области здравоохранения.

Неэффективное использование финансовых ресурсов при реализации ПГГ может приводить к таким проблемам как:

- возрастание числа недолеченных пациентов, которые при каждом повторном обращении будут создавать дополнительную нагрузку на систему здравоохранения;
- увеличение объема неэффективных расходов на медицинскую помощь для одних пациентов сокращает финансовые возможности для лечения других пациентов;
- увеличение альтернативных экономических издержек и ограничение возможностей потребления обществом социально-значимых услуг в других отраслях социальной сферы;
- снижение лояльности плательщиков страховых взносов в лице экономически активного населения к финансированию неэффективных услуг, предоставляемых системой здравоохранения.

Важно отметить, что в современном мире подходы к финансовому обеспечению ПГГ постоянно совершенствуются и дополняются новым инструментарием. В этой связи для целей настоящего исследования представляется целесообразным определить основные направления модернизации финансового обеспечения ПГГ с учетом обозначенных в параграфе 1.1 настоящего исследования глобальных угроз и следующих тенденций:

1) Концентрация основных финансовых потоков в секторе профилактической медицины. Переход к превентивной модели здравоохранения с точки зрения мериторного интереса государства обусловлен экономической целесообразностью раннего выявления и предупреждения заболеваний. При этом повышение объемов профилактической медицинской помощи объективно требует перераспределения финансовых ресурсов здравоохранения в пользу новых методов превентивной диагностики и лечения.

2) Появление концептуально новой системы планирования и распределения финансовых ресурсов в здравоохранении, учитывающей индивидуальные маркеры здоровья человека. Активное внедрение

информационных технологий приводит к вовлечению все большего числа граждан в контуры медицинских информационных систем. Одновременно с этим происходит формирование базы персонифицированных медицинских профилей граждан, что значительно упрощает индивидуализацию медицинской помощи при планировании и распределении финансовых ресурсов, выделяемых на оказание бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий.

3) Повышение роли частного медицинского капитала и рыночных механизмов в финансовом обеспечении государственных гарантий медицинской помощи. Возможности расширенного воспроизводства медицинской помощи при активно растущем уровне спроса со стороны населения ограничиваются финансовыми возможностями государства. Кроме того, государственный сектор здравоохранения также находится в постоянном поиске дополнительных источников финансового обеспечения для реализации инвестиционных программ, позволяющих оказывать медицинскую помощь по современным стандартам. Таким образом, расширение объемов платных медицинских услуг одновременно с увеличением числа частных медицинских организаций можно рассматривать как возможное направление работы для устранения нарастающего дисбаланса.

4) Комбинированное применение моделей финансового обеспечения медицинской помощи в зависимости от решаемой задачи. Как показала практика распространения пандемии COVID-19, в рамках национальной системы здравоохранения представляется целесообразным развивать комбинированные механизмы финансирования, позволяющие в оперативном порядке перераспределять финансовые средства внутри системы. При этом критически важным становится сохранение финансовой устойчивости провайдеров медицинской помощи в условиях экстренных нагрузок на отрасль. В частности, функционирование модели ОМС может предполагать прямое государственное субсидирование программ управления инфекционными заболеваниями для минимизации финансовых потерь,

возникающих в период развития эпидемиологического процесса. При этом частное медицинское страхование может дополнить финансовый инструментарий ОМС гибридными страховыми продуктами, финансирование которых будет полностью или частично осуществляться за счет средств застрахованных лиц.

Таким образом, в главе 1 рассмотрены особенности финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи с учетом концепции социально-значимых благ. Уточнена и теоретически обоснована необходимость финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в связи с присутствием мериторных интересов государства в сохранении общественного здоровья и изъянами (провалами) современного рыночного механизма.

Проведенный анализ позволил выявить основные факторы, объективно обусловившие необходимость расширения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, включая: старение населения; технологическую безработицу; экономическое неравенство; инвестиции в человеческий капитал; распространение эпидемий и пандемий [25].

Также в главе 1 рассмотрены вопросы финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи в контексте государственных гарантий, обусловленных конституционной доктриной большинства современных государств. Проведенный анализ национальных систем здравоохранения позволил выделить три концептуальных подхода к финансовому обеспечению ПГГ: бессрочные целевые программы бесплатной медицинской помощи; прямое бюджетное финансирование государственных гарантий бесплатной медицинской помощи; финансовое обеспечение ПГГ через механизмы ОМС.

Для целей определения критериев эффективности при анализе финансовому обеспечению ПГГ предложен методический подход к оценке эффективности по следующим направлениям: социальная эффективность; макроэкономическая эффективность; отраслевая эффективность. При этом дальнейшую модернизацию финансового обеспечения ПГГ представляется

целесообразным проводить с учетом таких трендов как: концентрация основных финансовых потоков в секторе профилактической медицины; появление концептуально новой системы планирования и распределения финансов в здравоохранении, учитывающей индивидуальные маркеры здоровья человека; повышение роли частного медицинского капитала и рыночных механизмов в финансовом обеспечении государственных гарантий медицинской помощи; комбинированное применение моделей финансового обеспечения медицинской помощи в зависимости от решаемой задачи.

Глава 2

Характеристика финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в России

2.1 Проблемы планирования финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи

Современная концепция нового государственного управления (New Public Management) рассматривает эффективность планирования и использования бюджетных ресурсов в социальном секторе как результат, при котором стоимость оказанной услуги является минимальной при удовлетворении спроса потребителя. Вместе с тем минимальная стоимость услуги должна достигаться комбинированным использованием различных факторов, изменение которых одновременно приведет к росту издержек [93].

Однако несмотря на разработанность проблематики финансового обеспечения здравоохранения, в научной литературе отсутствуют универсальные модели, позволяющие планировать и распределять финансовые ресурсы в сфере здравоохранения с наименьшими издержками при одновременном удовлетворении потребностей общества в медицинской помощи [61]. При этом процессы планирования финансового обеспечения ПГГ являются взаимосвязанными и оказывают прямое влияние на эффективность реализации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. В результате, для комплексного изучения проблем планирования финансового обеспечения ПГГ представляется целесообразным проанализировать следующие вопросы:

- 1) методические и организационные особенности планирования финансового обеспечения ПГГ;
- 2) методика определения потребности населения в медицинской помощи;

- 3) расчет стоимостных параметров ПГГ, включая их обоснование;
- 4) характеристика финансового обеспечения базовой программы ОМС;
- 5) оценка роли бюджетных средств в финансовом обеспечении ПГГ.

Общая методика планирования финансового обеспечения ПГГ.

Качество текущего и стратегического планирования на уровне национальной системы здравоохранения во многом будет зависеть от целеполагания организаторов здравоохранения, формирующих приоритетные направления политики охраны общественного здоровья. Так, в странах с социально-страховой моделью медицины к целям планирования финансовых ресурсов в сфере здравоохранения относят обеспечение финансовой устойчивости и эффективной работы медицинских организаций для предоставления гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи.

Нормативной основой текущего планирования в российском здравоохранении является программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (, которую можно считать ключевым инструментом федерального правительства при реализации конституционных прав населения на получение бесплатной медицинской помощи.

Власти на уровне субъектов Российской Федерации составляют и утверждают территориальные ПГГ и территориальные базовые программы ОМС с учетом параметров федеральной ПГГ. При этом методика экономического обоснования территориальной ПГГ устанавливается в специальных разъяснениях, направляемых ежегодно Минздравом России в адрес органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации [15].

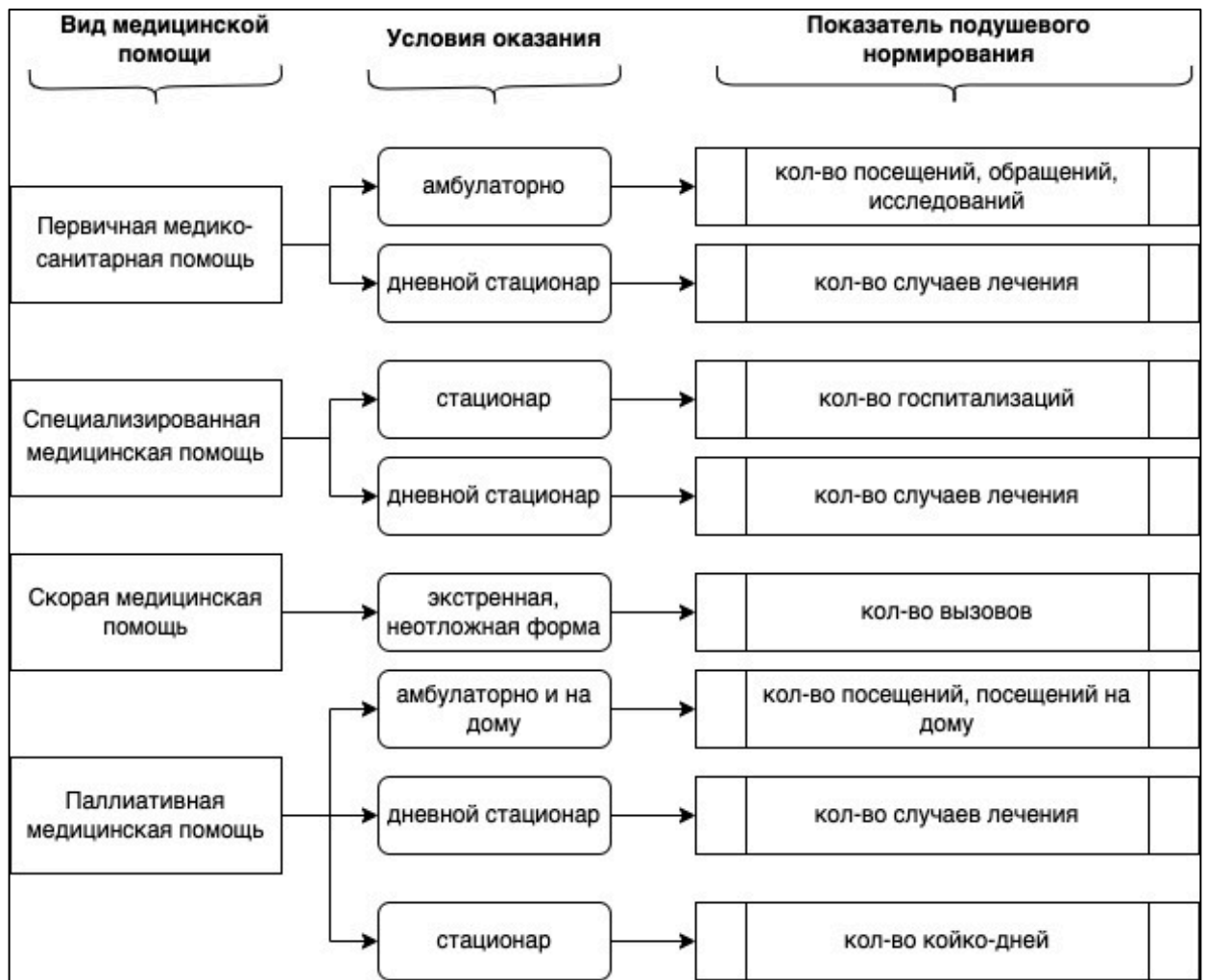
Таким образом, механизм планирования территориальной ПГГ осуществляется по сквозному принципу, когда федеральный центр доводит до субъектов Российской Федерации основные параметры планирования с учетом региональных особенностей демографической ситуации, структуры заболеваемости, транспортной доступности медицинских организаций и др.

Определение потребности населения в медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ. На начальном этапе планирования территориальной ПГГ орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации определяет потребность населения в медицинской помощи на основе анализа показателей здоровья населения и фактического выполнения объема медицинской помощи за отчетные годы. Данный анализ проводится по видам и условиям оказания медицинской помощи, включая:

- первичную медико-санитарную помощь;
- специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинская помощь;
- скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;
- паллиативную медицинскую помощь [6].

Для каждого вида (условия оказания) медицинской помощи используются средние нормативы в расчете на 1 жителя (за счет средств регионального бюджета) или на 1 застрахованное лицо (за счет средств ОМС), установленные на уровне федеральной ПГГ. Средние подушевые нормативы по видам и условиям медицинской помощи, установленные в базовой ПГГ (на федеральном уровне), становятся стартовой точкой для разработки территориальных ПГГ на уровне субъектов Российской Федерации. Вместе с тем базовая программа определяет полномочия регионов по разработке дифференцированных нормативов медицинской помощи с учетом таких факторов как: половозрастной состав населения, уровень и структура заболеваемости, транспортная доступность медицинских организаций, плотность населения, а также климатические и географические особенности региона [11]. Следует отметить, что механизм учета других факторов дифференциации остается неформализованным и реализуется субъектами федерации по собственному усмотрению.

Перечень показателей подушевого нормирования, используемых при обосновании объемов территориальной ПГГ, представлен на рисунке 3.



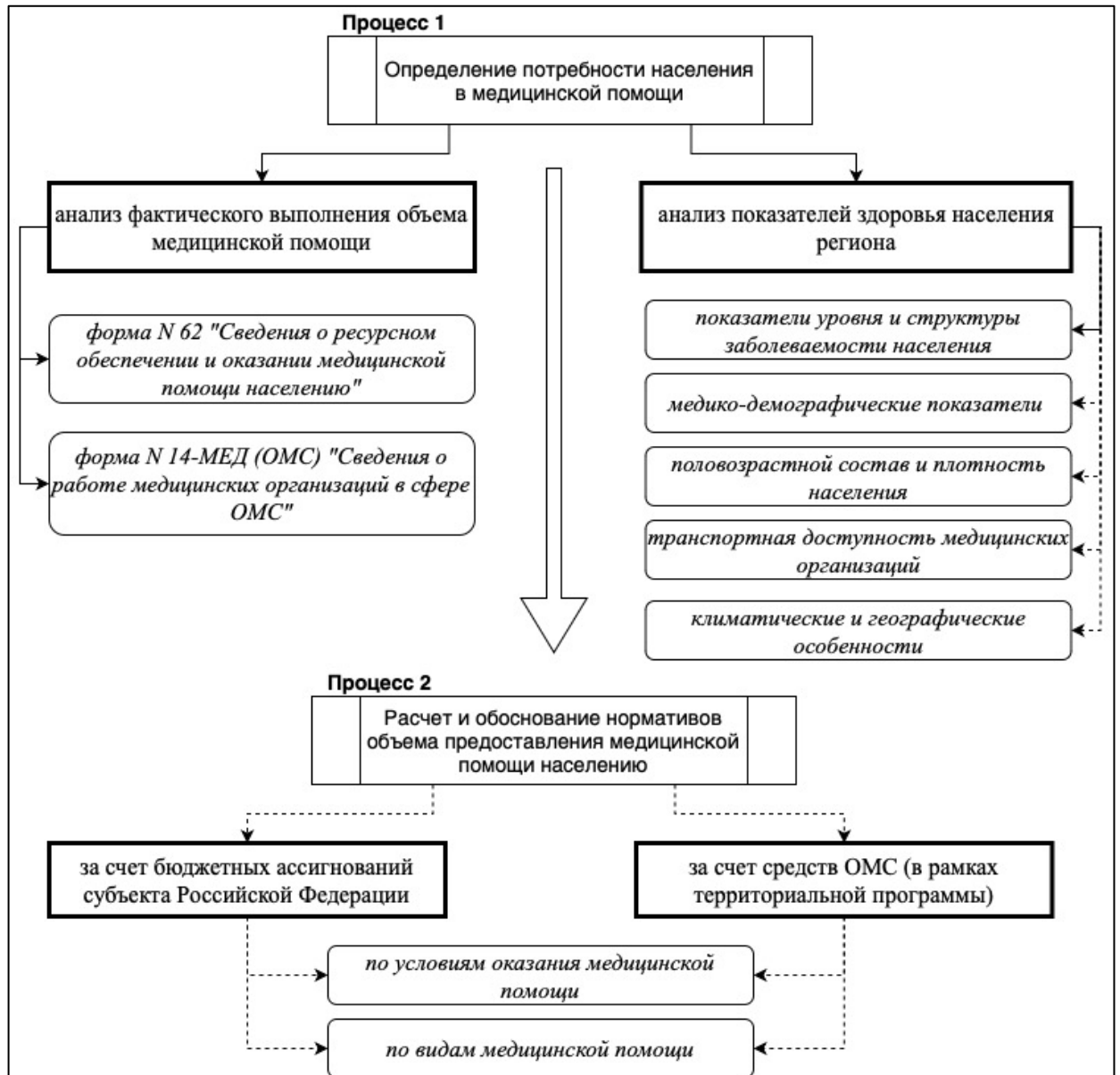
Источник: составлено автором по материалам [16].

Рисунок 3 – Показатели нормирования по видам и условиям оказания медицинской помощи

Во многом отечественная практика определения потребности в медицинской помощи соответствует актуальным зарубежным европейским трендам. Так, общими чертами зарубежных практик (Великобритания, Канада, Новая Зеландия, Швеция) является использование демографических, эпидемиологических и отраслевых показателей, влияющих на справедливое распределение ресурсов в сфере охраны общественного здоровья [98]. Большинство национальных моделей здравоохранения развитых европейских государств при определении потребности в медицинской помощи учитывают такие аспекты, как половозрастная структура, уровень экономического развития территории, структура потребления медицинской помощи (клинико-статистические группы (далее – КСГ), заболеваемость и др.

Действующая в России методика определения потребности населения в

медицинской помощи и расчете подушевых нормативов представлена в виде блок-схемы на рисунке 4.



Источник: составлено автором.

Рисунок 4 – Блок-схема организации процессов определения и обоснования объемов медицинской помощи в рамках территориальной ПГГ

Как видно из представленной блок-схемы, процесс определения потребности населения в медицинской помощи во многом привязан к отчетным данным прошлых лет. В результате при расчете ключевых показателей по условиям оказания медицинской помощи региональные власти должны использовать либо фактические данные, либо утвержденные федерацией нормативы, которые, как правило, определяются методом усреднения фактически сложившихся показателей [84]. В контексте ПГГ под

нормативом объема медицинской помощи подразумевается количество единиц объема медицинских услуг, приходящихся на одного жителя региона или на одно застрахованное лицо (по базовой программе ОМС).

Так, в соответствии с рекомендациями Минздрава России расчет абсолютного количества больничных коек должен определяться по формуле (1)

$$K = \frac{V_{к/д} \times Ч}{1000 \times 3}, \quad (1)$$

где V – число койко-дней на 1000 жителей (определяется как произведение уровня госпитализаций на 1000 жителей на средние сроки лечения одного больного в стационаре);

$Ч$ – численность населения региона;

3 – фактическая среднегодовая занятость койки.

В свою очередь для расчета фактической среднегодовой занятости койки (3) используют формулу (2)

$$3 = 365 - t_r - (t_o \times F), \quad (2)$$

где t_r -среднее время простоя койки на ремонт;

t_o – простой койки в связи с оборотом (время подготовка койки для следующего больного с учетом профиля медицинской помощи);

F – плановый оборот койки (число пролеченных больных на одной койке за год).

Расчет и обоснование стоимости ПГГ. Одновременно с определением средних нормативов объема медицинской помощи Правительство Российской Федерации в рамках ПГГ утверждает средние нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи [57]. При этом последующая дифференциация территориальных нормативов финансовых затрат осуществляется регионом с учетом коэффициента, предусмотренного в ПГГ.

Сводные данные об утвержденных на 2022-2023 гг. значениях средних нормативов оказания по основным видам и условиям оказания медицинской помощи в рамках ПГГ приведены в таблице 5. Важно отметить, что по

сравнению с бюджетными ассигнованиями программа ОМС покрывает основной объем медицинской помощи в составе ПГГ. Так, средний норматив на оказание первично-санитарной помощи в неотложной форме по программе ОМС составляет 0,54 посещения на 1 застрахованное лицо, что в 3,75 раза превышает аналогичный норматив, установленный для расчета объема бюджетных ассигнований (0,144 посещения на 1 жителя).

Таблица 5 – Средние нормативы оказания медицинской помощи в 2022-2023 гг. в рамках ПГГ

Виды и условия оказания медицинской помощи	Средние нормативы оказания медицинской помощи на 1 жителя (1 застрахованное лицо)		
	Единица измерения	2022	2023
За счет бюджетных ассигнований:			
1) Первичная медико-санитарная помощь с профилактической и иными целями	–	–	–
в неотложной форме	посещение	0,73	0,73
2) В условиях дневного стационара	обращение	0,144	0,144
3) Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	случай госпитализации	0,004	0,004
3) Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	случай госпитализации	0,0146	0,0146
За счет средств ОМС (в рамках базовой программы ОМС):			
1) Первичная медико-санитарная помощь для проведения профилактических осмотров	–	–	–
для проведения диспансеризации	комплексное посещение	0,272	0,26559
для посещений с иными целями	комплексное посещение	0,263	0,331413
в неотложной форме	посещение	2,133264	2,395
в связи с заболеваниями	посещение	0,54	0,54
2) В условиях дневных стационаров	обращение	1,7877	1,7877
3) Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	случай госпитализации	0,070943	0,070132
3) Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	случай госпитализации	0,177535	0,174824

Источник: составлено автором по материалам [9; 10].

Сводные данные об утвержденных на 2022-2023 гг. значениях средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в рамках ПГГ приведены в таблице 6. При этом различия в средних нормативах финансовых затрат между ОМС и бюджетными ассигнованиями объясняются спецификой финансируемых видов медицинской помощи по ПГГ. Так,

лечение социально-значимых болезней (например, по профилям «наркология» и «психиатрия») в рамках больницы предполагает более долгие сроки занятости койко-места пациентом, чем лечение основных видов заболеваний по программе ОМС (например, по профилям «терапия» и «неврология»), что предопределяет различия в средних нормативах финансовых затрат: 41 858,1 руб. за 1 пролеченного больного по программе ОМС и 89 168,6 руб. за 1 пролеченного больного за счет бюджетных ассигнований.

Таблица 6 – Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в 2022-2023 гг. в рамках ПГГ

Виды и условия оказания медицинской помощи	Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи		
	2022	2023	Темп прироста, в процентах
За счет бюджетных ассигнований:	—	—	—
1) Первичная медико-санитарная помощь	—	—	—
с профилактической и иными целями	493,1	520,2	5,5
в неотложной форме	1 429,90	1 508,50	5,5
2) В условиях дневного стационара	14 603,90	15 407,10	5,5
3) Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	84 587,50	89 168,60	5,4
В рамках базовой программы ОМС:	—	—	—
1) Первичная медико-санитарная помощь	—	—	—
для проведения профилактических осмотров	2 015,90	2 051,50	1,8
для проведения диспансеризации	2 492,50	2 507,20	0,6
для посещений с иными целями	329,00	355,20	8,0
в неотложной форме	713,70	770,00	7,9
в связи с заболеваниями	1 599,80	1 727,10	8,0
2) В условиях дневных стационаров	23 885,90	25 780,50	7,9
3) Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	39 385	41 858,10	6,3

Источник: составлено автором по материалам [9; 10].

Особенности финансового обеспечения базовой программы ОМС.

Необходимо подчеркнуть, что начиная с 2013 года нормативно закреплён принцип одноканального финансирования ПГГ через систему ОМС [8].

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) аккумулирует страховые взносы на ОМС для финансового обеспечения территориальных программ ОМС через предоставление субвенции подчиненным территориальным органам ОМС.

Динамика роста страховых взносов на ОМС с момента перехода на одноканальное финансирование также свидетельствует о росте финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи средствами ОМС как в абсолютном, так и в относительном выражении [99]. Так, по данным в таблице 7 видно, что с 2013 г. по 2022 г. объем страховых взносов на ОМС в номинальном выражении увеличился на 124,9%, достигнув отметки в 2 413,2 млн руб. в 2022 году. Вместе с тем удельный размер страховых взносов ОМС в пересчете на 1 жителя за анализируемый период вырос с 7 477,7 руб. до 16 579,0 руб.

Таблица 7 – Анализ темпов прироста страховых взносов в реальном выражении на душу населения за период 2013-2021 гг.

Год	Страховые взносы на ОМС, млн руб.	Темп прироста, в процентах	Численность постоянного населения, тыс. чел.	Страховые взносы ОМС в расчете на 1 жителя, руб.
2013	1 073,1	–	143 507,0	7 477,68
2014	1 218,4	13,54	146 090,6	8 340,03
2015	1 537,6	26,20	146 406,0	10 502,30
2016	1 624,2	5,63	146 674,5	11 073,50
2017	1 705,7	5,02	146 804,4	11 618,86
2018	1 862,2	9,18	146 880,4	12 678,34
2019	2 043,0	9,71	146 780,7	13 918,72
2020	2 132,8	4,40	146 748,6	14 533,70
2021	2 316,1	8,59	146 171,0	15 845,14
2022	2 413,2	4,19	145 557,6	16 579,00

Источник: составлено автором по материалам [144; 154].

Однако, несмотря на увеличение общей суммы страховых взносов ОМС, эксперты указывают на неравномерность распределения финансового обеспечения территориальных программ ОМС в разных регионах Российской Федерации [145]. Так, анализ распределения субвенции ФОМС на финансовое

обеспечение территориальных программ ОМС по федеральным округам (далее – ФО), приведенный в таблице 8, показывает, что точка максимального экстремума (Дальневосточный ФО – 26 461,8 руб. на 1 жителя) превосходит минимальное значение в 1,9 раза (Северо-Кавказский ФО – 14 075,6 руб. на 1 жителя). При этом процентное отклонение в пределах 10% от медианного значения субвенции ФОМС в расчете на 1 жителя (18 506,55) наблюдается у трех федеральных округов: Северо-Западного ФО, Сибирского ФО и Уральского ФО.

Таблица 8 – Распределение субвенции ФОМС на финансовое обеспечение территориальных программ ОМС по федеральным округам в 2021-2023 гг.

Федеральный округ (ФО)	Субвенция ФОМС в 2021, млн руб.	Субвенция ФОМС в 2022, млн руб.	Субвенция ФОМС в 2023, млн руб.	Численность населения на 01.01.2023, тыс. чел.	Субвенция ФОМС в расчете на 1 жителя в 2023 г., руб.
Дальневосточный ФО	167 277,16	185 608,43	209 150,24	7 903,90	26 461,80
Приволжский ФО	397 843,19	427 174,22	471 378,28	28 683,20	16 433,90
Северо-Западный ФО	206 337,43	221 358,62	247 077,83	13 867,30	17 817,20
Северо-Кавказский ФО	118 736,35	128 653,51	143 652,08	10 205,70	14 075,60
Сибирский ФО	268 199,10	288 853,96	319 531,60	16 645,80	19 195,90
Уральский ФО	204 837,67	221 168,62	245 715,99	12 259,10	20 043,50
Центральный ФО	703 682,99	760 348,32	854 263,64	40 240,30	21 229,10
Южный ФО	209 910,64	228 108,56	256 174,00	16 642,10	15 393,20

Источник: составлено автором по материалам [5; 7; 149].

Для анализа проблематики территориальных диспропорций при финансовом обеспечении программ ОМС представляется целесообразным исследовать сложившуюся структуру страховых взносов на ОМС. Так, в контексте действующего бюджетного процесса, формирование доходов фонда ОМС происходит по двум основным направлениям, а именно:

- страховые взносы на ОМС за работающее население;
- страховые взносы на ОМС за неработающее население.

Плательщиками страховых взносов за работающее население являются работодатели, а администрированием данных поступлений с 2017 года занимается Федеральная налоговая служба (далее – ФНС). В свою очередь, страховые взносы на ОМС за неработающее население включаются в состав бюджетных обязательств бюджетов субъектов Российской Федерации. На

практике подобные бюджетные обязательства исполняются путем предоставления межбюджетного трансферта из регионального бюджета в фонд ОМС.

При этом доходы региональных бюджетов также напрямую зависят от численности работающего населения и уровня их доходов. В частности, поступления налога на доходы физических лиц (далее – НДФЛ) являются одним из основных доходных источников бюджетов субъектов Российской Федерации. Эти данные подтверждают, что ключевым драйвером формирования целевых поступлений по ОМС является экономически активное население [99].

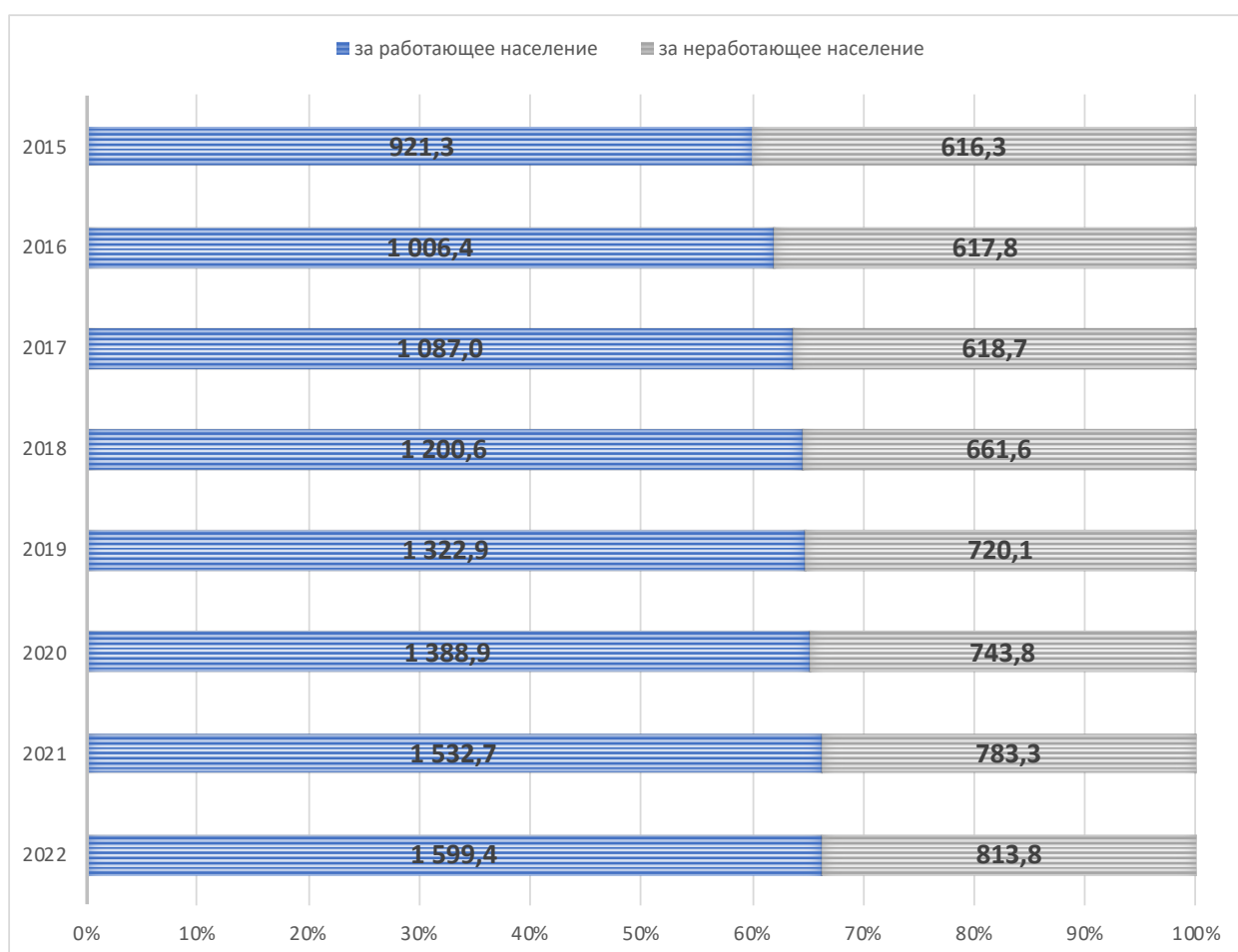
Следует отметить, что начиная с 2023 года страховые взносы на ОМС, обязательное пенсионное страхование и обязательное социальное страхование (на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством) взимаются в рамках единого тарифа страховых взносов: 30% в рамках предельной налоговой базы; 15% свыше предельной налоговой базы. В соответствии со статьей 421 Налогового кодекса Российской Федерации базой для исчисления страховых взносов служат выплаты и иные вознаграждения физическим лицам. При этом единый страховой взнос распределяется между видами обязательного страхования следующим образом:

- 18,3% на ОМС;
- 72,8% на обязательное пенсионное страхование;
- 8,9% на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

В свою очередь, тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения устанавливается в фиксированном размере: с 2019 г. по 2023 г. остается на уровне 18 864,6 руб. на 1 застрахованное лицо. При расчете финансового обеспечения территориальной ПГГ данный тариф корректируется на коэффициент дифференциации и коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг, устанавливаемый на федеральном уровне [11].

При этом страховые взносы на ОМС работающего населения являются

преобладающим источников в структуре доходов ФОМС. Так, если рассматривать динамику доходной части бюджета ФОМС в части страховых взносов на ОМС, представленную на рисунке 5, то можно отметить, что страховые взносы за работающее население ежегодно увеличивают свою долю в общем объеме страховых взносов (с 59,9% в 2015 г. до 66,3% в 2022 г.). При этом объем страховых взносов на ОМС за неработающее население в 2022 году занимал 33,7% (813,8 млрд руб.) в общей сумме страховых взносов, что также подчеркивает критическую значимость бюджетных средств для финансовой устойчивости программ ОМС.



Источник: составлено автором по материалам [144].

Рисунок 5 – Структура страховых взносов на ОМС за работающее и неработающее население за период 2015-2022 гг., млрд руб.

Влияние бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение ПГГ.

Несмотря на переход на одноканальную систему финансирования ОМС, бюджетные средства в финансировании территориальных ПГГ продолжают играть значительную роль. На практике бюджетные ассигнования при реализации территориальной ПГГ предусмотрены для:

- финансового обеспечения отдельных видов медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС;
- финансирование медицинской помощи незастрахованным и неидентифицированным гражданам;
- дополнительного финансового обеспечения территориальной программы ОМС, включая компенсацию медицинским организациям отдельных расходов, финансирование которых не предусмотрено структурой тарифа ОМС.

Кроме того, за счет средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации финансируются следующие виды медицинской помощи, не включенные в программы ОМС:

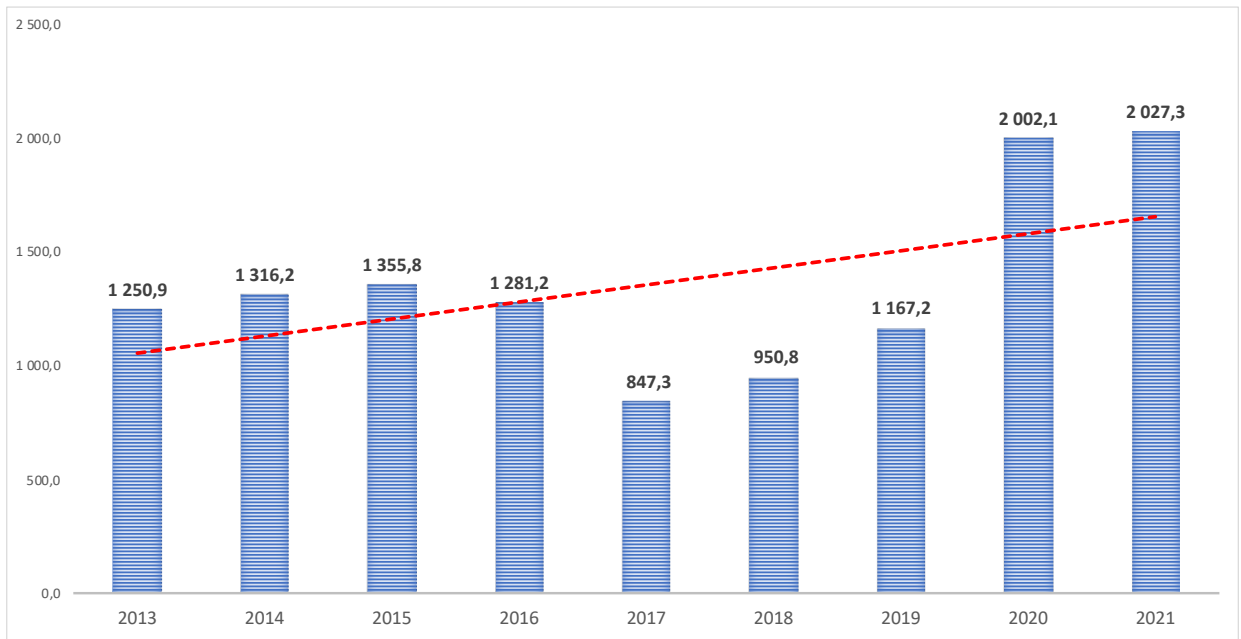
- Медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях (туберкулез, наркомания, психические расстройства, синдром приобретенного иммунодефицита и др.).
- Паллиативная медицинская помощь.
- Отдельные виды высокотехнологичной медицинской помощи.
- Санаторно-курортное лечение.
- Профилактические медицинские осмотры обучающихся в образовательных организациях.
- Медицинское освидетельствование на состояние алкогольного и/или наркотического опьянения.

При этом большинство медицинских организаций имеют статус автономных и/или бюджетных учреждений, для которых может формироваться государственное задание учредителем. По своему назначению государственное задание обеспечивает взаимосвязь деятельности

бюджетного/автономного учреждения в части оказания государственных услуг с реализацией государственной политики в социальной сфере [67].

В соответствии со статьей 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации «показатели государственного (муниципального задания) используются при составлении проектов бюджетов для планирования бюджетных ассигнований на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ), составлении бюджетной сметы казенного учреждения, а также для определения объема субсидий на выполнение государственного (муниципального) задания бюджетным или автономным учреждением» [2]. Поэтому на практике основная часть бюджетных ассигнований по функциональному раздел «09-здравоохранение» бюджетной классификации доводится до учреждений здравоохранения через инструмент субсидии на финансовое обеспечение государственного задания, включая оказание услуг (выполнение работ) по лечению социально-значимых заболеваний, предоставлению паллиативной медицинской помощи, заготовке/переработке донорской крови (компонентов крови) и др.

Динамика исполнения консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации за 2013-2021 гг. по расходам на здравоохранение, представленная на рисунке 6, характеризуется линией тренда восходящего типа. С одной стороны, резкое уменьшение расходов региональных бюджетов на здравоохранение в 2017 году до 847,3 млрд связано с завершением перехода к одноканальной системе финансирования ОМС. С другой стороны, с 2017 г. по 2021 г. годовой объем расходов на здравоохранение вырос до уровня 2 027,3 млрд руб., что на 58% выше показателя 2016 года. В 2020-2021 гг. ключевым драйвером роста бюджетных расходов на здравоохранение стало распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19, что также подчеркивает значимость бюджетных средств при экстремальных условиях функционирования отрасли здравоохранения [28].



Источник: составлено автором по материалам [144].

Рисунок 6 – Динамика расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение в 2013-2021 гг.

Таким образом, проведенный в параграфе 2.1 анализ позволяет выделить следующие проблемы при планировании финансового обеспечения ПГГ:

1) Проблема привязки основных параметров ПГГ к данным прошлых лет. Процесс определения потребности населения в медицинской помощи в большей степени привязан к отчетным данным прошлых лет и средним нормативам медицинской помощи, установленным на федеральном уровне. При этом утвержденные федерацией нормативы определяются преимущественно методом усреднения фактически сложившихся показателей.

2) Проблема усиления административных ограничений при планировании финансового обеспечения ПГГ. При планировании финансового обеспечения ПГГ используется нормативно-подушевой метод финансирования на основе доведенных федеральным правительством усредненных нормативов, что приводит к усилению административных ограничений при разработке территориальных ПГГ и снижает уровень самостоятельности системы управления ОМС.

3) Проблема регионального неравенства в финансовом обеспечении

средствами ОМС. Присутствует территориальное неравенство в финансовом обеспечении средствами ОМС на 1 застрахованное лицо, достигающее более чем двухкратного разрыва между наиболее и наименее обеспеченными регионами, в связи с разным уровнем экономического развития регионов.

4) Проблема сохранения зависимости системы ОМС от бюджетных ассигнований. Доля страховых взносов за неработающее население в отдельных регионах страны превышает половину от суммы финансового обеспечения территориальной программы ОМС, что может создавать дополнительные финансовые риски для реализации территориальной ПГГ в периоды экономической нестабильности. Вместе с тем при одноканальной системе финансирования ОМС реализация ПГГ продолжает зависеть от бюджетных средств в части страховых взносов на неработающее население и финансового обеспечения отдельных видов медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС (например, лечение социально-значимых болезней, паллиативная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь).

2.2 Оценка эффективности финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи

Как отмечают эксперты, в целях преодоления современных вызовов при нарастании макроэкономической нестабильности в России и за рубежом активно проводятся социальные и бюджетные реформы, а в нормативных документах органов государственной власти ставится задача проведения ответственной бюджетной политики [92].

Серьезным вызовом для национальных систем здравоохранения становится постоянное удорожание стоимости программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Рост объема финансовых ресурсов на предоставление медицинской помощи широкому кругу потребителей обусловлено рядом причин, включая старение населения, миграционные процессы и применение наукоемких медицинских технологий.

В то же время рост расходов не означает прямо пропорционального роста эффективности и результативности отрасли здравоохранения. Так, эксперты Европейского регионального бюро ВОЗ указывают на снижение динамики отдачи от вложенных в здравоохранение средств, особенно в системах со страховой моделью финансирования [138]. В частности, постоянное удорожание программ ОМС затрудняет масштабирование медицинской помощи и повышение ее результативности в рамках национальной системы здравоохранения.

Следует подчеркнуть, что комплексная оценка эффективности финансового обеспечения ПГГ должна учитывать не только экономические показатели, но и включать показатели социальной удовлетворенности населения в отношении качества и доступности бесплатной медицинской помощи, что также затрагивает вопросы социальной справедливости и неравенства. При этом в сценариях рыночной экономики нивелирование социального неравенства объективно невозможно без перераспределительной деятельности государства.

В результате, при оценке эффективности финансового обеспечения медицинской помощи важно использовать системный подход, включающий анализ экономических, медицинских и социальных аспектов [83]. Следовательно, анализ эффективности финансового обеспечения ПГГ можно рассматривать как комплексную задачу, связанную с оценкой медицинской, социальной и экономической результативности.

Для целей настоящего исследования оценка эффективности ПГГ будет производиться по направлениям, определенным в параграфе 1.2 диссертации, а именно:

- социальная эффективность;
- макроэкономическая эффективность;
- отраслевая эффективность.

Оценка социальной эффективности предполагает комплексный мониторинг удовлетворенности населения не только качеством, но и

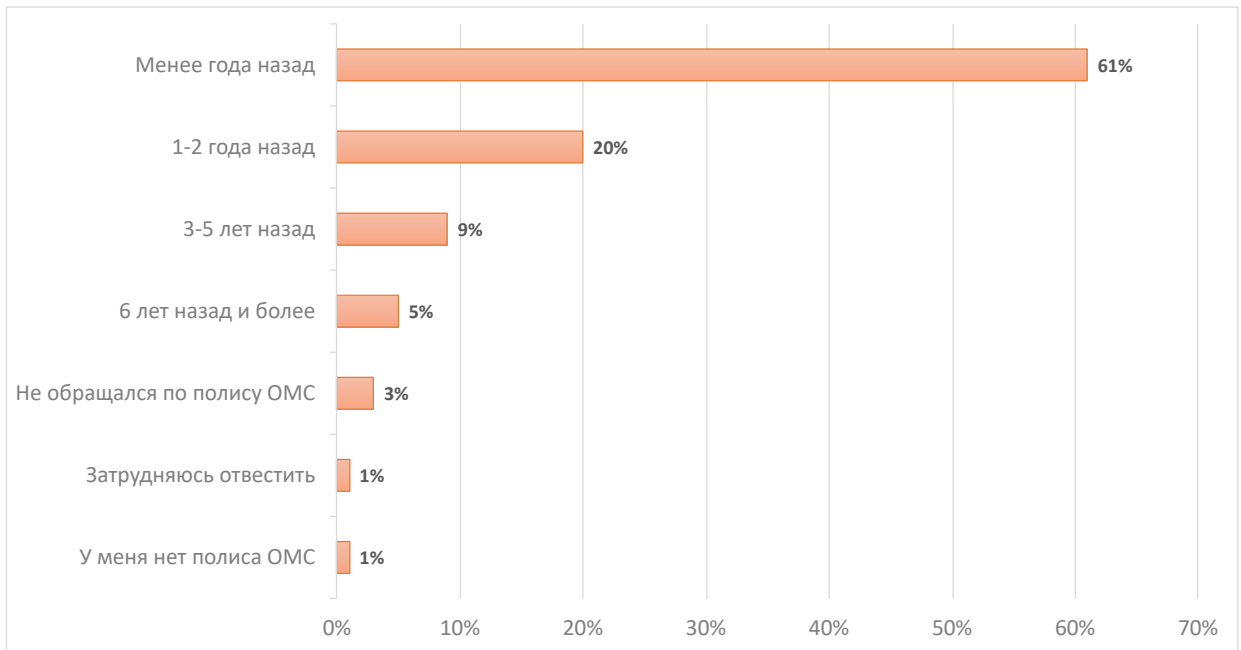
доступностью медицинской помощи. При этом в рамках данного исследования под удовлетворенностью населения медицинской помощью подразумевается агрегированная субъективная оценка пациентов в отношении качества и доступности бесплатной медицинской помощи.

Так, во многих странах в рамках реализации концепции Нового государственного управления (New Public Management) активно проводятся реформы в секторе общественных финансов, предполагающие переход на клиентскую ориентацию публичного управления [22]. В этой связи система обратной связи при предоставлении бесплатной медицинской помощи приобретает важную роль для оценки социальной эффективности.

Современное состояние развития отечественного здравоохранения характеризуется применением организационных моделей, особенностью которых является ориентация на потребности и мнение пациента. В научной литературе подобный подход обозначается как «пациент-ориентированный», имеющий в своей основе принципы учета интересов потребителей медицинских услуг и вовлечение их в процесс превентивного лечения [113].

Одним из активно применяемых инструментов изучения мнения граждан по вопросу о доступности и качестве медицинской помощи является социологический опрос [123]. Подобный инструмент давно применяется в секторе коммерческой медицины, где конкуренция способствует улучшению сервисной составляющей предоставляемых медицинских услуг.

Оценку социальной эффективности в рамках настоящего исследования целесообразно начать с анализа результатов социологических наблюдений за приоритезацией государственных гарантий в социальном секторе обслуживания населения. Так, по данным опроса ВЦИОМ, представленным на рисунке 7, большинство опрошенных (81%) обращались за медицинской помощью по программе ОМС в последние два года. При этом большая часть опрошенных (61%) обращались за медицинской помощью по полису ОМС менее одного года назад, что также подчеркивает значимость данного мериторного блага для граждан Российской Федерации.



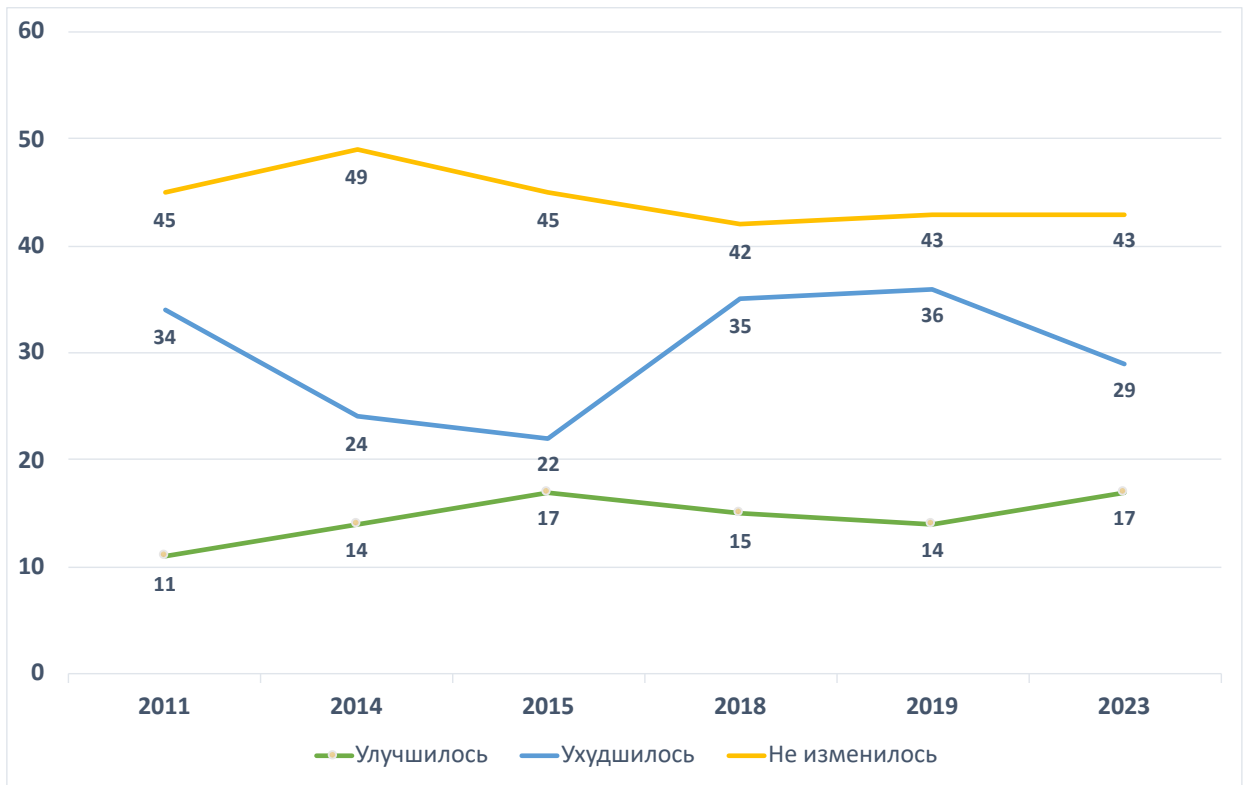
Источник: составлено автором по материалам [151].

Рисунок 7 – Распределение ответов респондентов по вопросу о том, когда в последний раз они обращались за медицинской помощью по полису ОМС (2023г.), в процентах

Ввиду того, что медицинская помощь для населения России является востребованным социально-значимым благом, отношение населения к здравоохранению может использоваться государством для оценки эффективности используемых финансовых ресурсов. Соответственно интегральная оценка социальной эффективности здравоохранения невозможна без обследования результатов социологических опросов, затрагивающих субъективную оценку состояния отрасли общественного здравоохранения в целом [25].

Так, по данным социологических наблюдений Фонда общественного мнения (далее – ФОМ), приведенным на рисунке 8, доля респондентов, которые положительно оценивают изменения в российском здравоохранении, увеличилась с 11% (2011 г.) до 17% (2023 г.). Подобные позитивные тенденции исследователи объясняют значительным увеличением бюджетного финансирования через национальный проект «Здоровье» (2006-2013 гг.), региональные программы модернизации здравоохранения (2011-2013 гг.), дополнительное лекарственное обеспечение для льготных категорий и другими мерами развития отрасли [158]. При этом доля респондентов,

считающих изменения в российском здравоохранении несущественными за 12 лет социологических наблюдений, практически не поменялась (45% в 2011 г., 43% в 2023 г.). Кроме того, 2015 год в рассматриваемом социологическом исследовании характеризует точку перегиба, при которой был зарегистрирован минимальный процент опрошенных (22%), оценивающих негативно происходящие изменения в здравоохранении.



Источник: составлено автором по материалам [152].

Рисунок 8 – Динамика распределение ответов респондентов на вопрос о положении дел в российском здравоохранении за период 2011-2023 гг., в процентах

По мнению экспертов, завершившийся в 2014 году переход к одноканальной системе финансирования не решил структурных проблем российского здравоохранения, что негативно повлияло на восприятие пациентами «новых реалий» страховой медицины [47]. К примеру, по данным опроса ФОМ, приведенным на рисунке 9, в состав основных факторов, негативно влияющих на отношение граждан к сфере здравоохранения, входили:

- дороговизна лечения и лекарств, увеличение объема платных медицинских услуг (27%);

- низкая квалификация медицинского персонала вместе с низким качеством лечения (18%);
- сложности записи к врачам, большие очереди (16%) и нехватка медицинских кадров (16%).



Источник: составлено автором по материалам [157].

Рисунок 9 – Распределение ответов респондентов на вопрос о том, какие проблемы в сфере здравоохранения в их регионе являются наиболее острыми в 2019 году, в процентах

Вместе с тем представленные результаты социологических наблюдений нельзя интерпретировать как неспособность российской системы здравоохранения работать эффективно в заданных параметрах. Так, многие развитые страны с системой ОМС также сталкиваются с похожими проблемами при предоставлении медицинской помощи в рамках государственных гарантий [116]. Вместе с тем обозначенная в рамках социологических опросов проблематика российской здравоохранения свидетельствует о низкой удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ. При этом снижение доступности медицинской помощи в рамках ПГГ становится одной из причин увеличения объемов платных медицинских услуг.

Однако население Российской Федерации негативно оценивает тренд на

постоянное увеличение платных медицинских, что может способствовать снижению доверия граждан к проводимой государственной политике в сфере ОМС.

В результате снижение социальной эффективности системы ОМС в контексте неудовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи объективно может привести к двум тенденциям: расширению платного медицинского обслуживания (за счет потребителя) или отказу от получения медицинской помощи по ОМС в принципе. Подобные тенденции в сфере ОМС оставляют без внимания вопросы социальной справедливости, под которой в широком смысле понимается, что риски, с которыми сталкиваются граждане, должны распределяться в соответствии с их возможностью платить, а не риском заболеть.

Таким образом, если обобщить результаты социологических наблюдений по вопросам социальной эффективности здравоохранения, то основными проблемными точками сферы здравоохранения население считает:

- проблемы с доступностью медицинской помощи;
- низкий объем льготного лекарственного обеспечения;
- недостаточная оснащенность медицинских учреждений современным оборудованием;
- недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей и их нехватка;
- недостаточность финансирования.

Другим направлением анализа при оценке финансового обеспечения ПГГ является отраслевая эффективность. В широком смысле под отраслевой эффективностью в здравоохранении исследователи подразумевают показатели достижения определенного результата в состоянии здоровья населения, включая профилактические и диагностические мероприятия [123]. В отличие от оценки социальной эффективности здравоохранения, основанной преимущественно на субъективных суждениях, оценка отраслевой эффективности базируется на многоуровневой системе целевых

показателей и индикаторов.

В научной литературе эффективность услуг здравоохранения неразрывно связана с такими категориями как качество медицинской помощи и ее доступность. Качество медицинской помощи современные исследователи рассматривают в контексте соответствия медицинской помощи принятым профильным стандартам (нормативам, протоколам лечения). Вместе с тем доступность медицинской помощи предполагает фактическую возможность получить медицинскую помощь без привязки к территориальному местонахождению и уровню дохода пациента.

С точки зрения экономической теории, в основе концептуальной основы для проведения анализа возможностей сферы здравоохранения лежит объективная ограниченность имеющихся финансовых, материальных и трудовых ресурсов [78]. Таким образом, готовность социума повышать доступность медицинской помощи напрямую зависит от текущего экономического состояния страны. Ключевой задачей организаторов здравоохранения в данном случае становится эффективное и справедливое рационарование при распределении финансовых средств в системе здравоохранения, гарантирующее получение качественной медицинской помощи.

ВОЗ рассматривает качество медицинской помощи в контексте четырех компонентов: соблюдение медицинских технологий (врачебного процесса), оптимальность использования медицинских ресурсов, риски причинения вреда здоровью при медицинских вмешательствах и удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью. При этом в практике стран-ОЭСР наиболее распространенной моделью оценки качества медицинских услуг является донабедианская модель, основоположником которой являлся американский врач и доктор медицины Аведис Донабедян (1919-2000 гг.), исследовавший вопросы общественного здравоохранения и качества медицинской помощи.

А. Донабедиан считал, что в процессе оказания медицинской помощи

качество является результатом взаимодействия двух противоположных сил: выгоды и риска. Поскольку любые медицинские вмешательства не могут быть на 100% безопасными, то уровень качества медицинской помощи будет зависеть от вероятности наступления положительного исхода лечения в каждом отдельном случае [46]. К атрибутам оценки качества медицинской помощи А. Донабедиан относил: результативность, эффективность, полезность, оптимальность, приемлемость, законность и беспристрастность (или справедливость).

В донабедианской модели при оценке качества медицинской помощи на уровне национальной системы здравоохранения выделяют следующие объекты оценки:

- 1) ресурсы, включающие состояние текущей ресурсной базы в сфере здравоохранения (кадры, оборудование, техника, материальные запасы и другое);
- 2) процессы, включающие сложившиеся стандарты предоставления медицинской помощи в части лечения, диагностики и профилактики;
- 3) результаты, включающие оценку последствий медицинского помощи и изменения показателей здоровья.

Так, основой ресурсного обеспечения любой системы здравоохранения являются медицинские организации, задействованные в предоставлении медицинской помощи населению. Если провести анализ динамики количества медицинских организаций в России с момента перехода на одноканальное финансирование ОМС, то можно наблюдать две ключевые тенденции: сокращение стационарного звена медицинской помощи и параллельное расширение амбулаторно-поликлинического комплекса. Так, по данным Росстата, приведенным в таблице 9, можно отметить, что число больничных организаций к 2020 году сократилось на 13,7% по отношению к базовому 2013 году, при этом количество поликлинических организаций было увеличено уже на 39% за тот же период. Однако, несмотря на значительное расширение абсолютной величины первичного звена медицинской помощи его мощность

по посещениям в смену выросла только на 9% за анализируемый период.

Таблица 9 – Динамика численности и мощности медицинских организаций в Российской Федерации в 2013-2020 гг.

Показатель	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Число больничных организаций, всего:	5870	5638	5433	5357	5293	5257	5130	5065
из них частной формы собственности	143	166	180	205	241	319	328	344
Число больничных коек	1301,9	1266	1222	1197	1182,7	1172,8	1173,6	1188,8
Число амбулаторно-поликлинических организаций	16461	17106	1856,4	19126	20217	20228	21216	22891
из них частной формы собственности	3477	3855	3748	4168	4837	4866	5335	6234
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену	3799	3858	3858	3914	3967	3998	4072	4147
Число станций скорой медицинской помощи	2704	2657	2561	2458	2338	2276	2211	2113

Источник: составлено автором по материалам [132].

Кроме того, наряду с сокращением больничных учреждений государственного сектора число коммерческих больниц выросло в 2,4 раза за 8 лет и составило 344 организации к концу 2020 года. При этом число частных медицинских организации поликлинического типа за анализируемый период увеличились на 2757 (с 3799 в 2013 г. до 6234 в 2020 г.). Таким образом, сегмент платной медицины в отечественной системе здравоохранения продолжает укреплять свои позиции, что подтверждает тренд на расширение объемов платной медицинской помощи.

При этом в сети государственных учреждений здравоохранения последние пятнадцать лет наблюдаются различные оптимизационные мероприятия, инициируемые региональными властями, в виде объединений, реорганизаций, перепрофилирования и ликвидаций учреждений больничного сектора. С позиции Минздрава России подобные тенденции объясняются расширением роли амбулаторного звена, развитием медицинских технологий и достижениями фармацевтической промышленности, что приводит к естественному высвобождению стационарных коек и экономии финансовых ресурсов.

При этом зарубежный опыт демонстрирует неоднозначное влияние

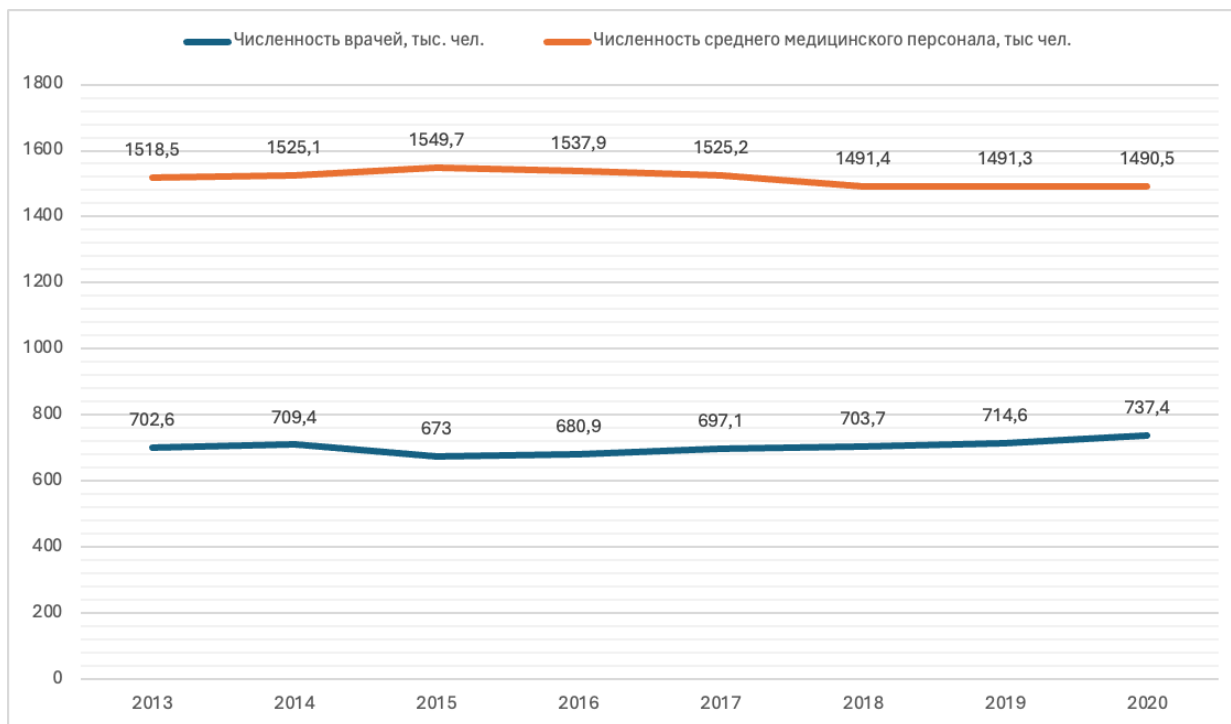
фактора сокращения коечного фонда на эффективность использования финансовых ресурсов в сфере здравоохранения. В частности, результаты исследований, проведенных в Великобритании в 80-е годы XX века свидетельствуют о том, что около 80% сэкономленных государством от сокращения коечного фонда финансовых средств направляются на альтернативные виды медицинской помощи [115]. Кроме того, по результатам аналогичных исследований в США исследователи пришли к выводу о том, что сокращение коечного фонда по результатам закрытия больниц малого типа приводит к резкому повышению стоимости лечения в больничных комплексах, расположенных на соседних территориях [126].

Тем не менее положительные результаты сокращения коечного фонда можно наблюдать в исследованиях, посвященных закрытию около 10% больничных коек в городе Виннипеге (Канада) в период с 1991 г. по 1993 г. Авторы исследования отмечают, что сокращение коек не оказало отрицательного влияния на доступ к стационарному лечению, т.к. параллельно увеличился рост числа хирургических операций в амбулаторных условиях, повысилась общая обрачиваемость оставшихся коек и увеличились койки в учреждениях медико-социального ухода [122]. Следовательно, в стратегиях по сокращению больничных коек должна учитываться общая структура служб здравоохранения в конкретном географическом регионе.

Наряду с медицинскими организациями в ресурсном обеспечении системы здравоохранения важную роль играет врачебный и сестринский персонал, непосредственно задействованный в лечебных и диагностических процедурах. В этой связи эффективность реализации ПГГ будет напрямую зависеть не только от количества, но и от качества медицинского кадрового ресурса. В частности, структура медицинского персонала может определять возможности национальной системы по масштабированию первичной и специализированной медицинской помощи. Кроме того, в расходах медицинских учреждений, реализующих ПГГ, оплата труда является основным направлением выплат, что подтверждает критическую значимость

данного ресурса для провайдера медицинской помощи.

Как видно из данных на рисунке 10, динамика численности врачей и среднего медицинского персонала (далее – СМП) за исследуемый период (2013-2020 гг.) в России имеет разнонаправленные тенденции: на 34,8 тыс. чел. (+4,95%) увеличилось количество врачей и на 3,7 тыс. чел. (-3,5%) сократилось количество СМП. При этом количество врачей до 2017 года неуклонно снижалось и только за три года (с 2018 г. по 2020 г.) удалось обеспечить прирост численности врачебного персонала на 40,3 тыс. чел. за счет повышения выпуска новых специалистов медицинскими высшими учебными заведениями.



Источник: составлено автором по материалам [132].

Рисунок 10 – Динамика численности врачей и среднего медицинского персонала в абсолютном и относительном выражении за период 2013-2020 гг.

Несмотря на то, что уровень обеспеченности медицинскими работниками на 10 000 населения в России (в 2020 году: 50,4 – врачей, 102 – сестринского персонала) является одним из самых высоких в Европейском регионе, проблема дефицита медицинских кадров остается актуальной для нашей страны. По мнению экспертов, наиболее сильно ощущается проблема нехватки врачей первичного звена (терапевты, педиатры,

врачи общей практики и другие), а также наблюдается острый дефицит специалистов узкого профиля (неврологи, офтальмологи, маммологи и другие), что приводит к структурным диспропорциям в системе оказания медицинской помощи [107].

Практика большинства развитых стран с развитой системой здравоохранения демонстрирует, что эффективная организация первичного звена амбулаторной медицинской помощи (например в формате врачей общей практики) значительно снижает текущие потребности в предоставлении медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, а также обеспечивает низкие показатели смертности от распространенных заболеваний. Несмотря на декларируемые в политике здравоохранения России цели по повышению роли первичного звена, за 2020 год доля медицинских работников в данном секторе составила 14,2% по данным Росстата, при этом в странах ОЭСР данный показатель в среднем составляет 33% [133].

Другой мировой тенденцией в кадровой политике здравоохранения можно считать повышение роли медицинских сестер в работе многопрофильных практик. Так, в половине стран ОЭСР наиболее подготовленные медицинские сестры (англ. advanced nurses) под руководством врача проводят тесты, ведут простых пациентов, осуществляют коммуникации с ними и выполняют множество других функций, экономя время врача. Как видно из данных таблицы 11, в России соотношение между врачебным и средним медицинским персоналом составляет 1:2, однако ВОЗ рекомендует организаторам здравоохранения придерживаться соотношения 1:4 или 1:5 для обеспечения возможностей масштабирования первичной медицинской помощи.

Следующим элементом в системе оценки медицинской помощи по А. Доннабедиану являются процессы, то есть применяемые на практике стандарты (протоколы, рекомендации) оказания медицинских услуг. Так, одним из важнейших направлений политики здравоохранения в России и мире является создание и использование регламентирующих медицинскую

деятельность документов в виде стандартов, протоколов лечения, порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (руководств).

Особенностью постсоветских систем здравоохранения является тезис о том, что пациенты потребляют ресурсы здравоохранения в соответствии с рекомендациями лечащих врачей, большинство из которых склонны к максимальному использованию ресурсов. Следовательно, задача клинических рекомендаций в данных условиях заключается в определении необходимого и достаточного объема медицинской помощи, чтобы удовлетворить запросы населения.

С 2018 года в связи с вступлением в силу Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ в России существенно изменился статус клинических рекомендаций в структуре оказания медицинской помощи. Из второстепенного инструмента в повседневной работе клинические рекомендации становятся основным регламентом клинической работы медицинского персонала, используются для контроля и юридической оценки деятельности конкретного врача.

До внедрения клинических рекомендаций качество предоставленной медицинской помощи на практике определялось преимущественно медицинским образованием и аккредитацией врачей. Однако с 1970-х годов прошлого века в медицинскую деятельность начал внедряться новый подход к лечению пациентов в больницах, основанный на клинических доказательствах, а не эмпирическом опыте конкретного врача.

Федеральный закон № 489-ФЗ определяет клинические рекомендации как «документы, содержащие документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, а также иных факторов, влияющих на

результаты оказания медицинской помощи». С позиции организаторов здравоохранения клинические рекомендации должны стать эффективным инструментом в отечественной медицинской практике, позволяющим внедрить научно-обоснованные подходы ко всем этапам ведения пациента.

В России клинические рекомендации составляются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с установлением нормативного объема медицинских услуг и медикаментов, потребляемых при лечении определенного заболевания. При этом Минздрав России определяет перечень подобных заболеваний, для которых разрабатываются клинические рекомендации, и включается их в виде уникальной записи в соответствующий «Рубрикатор» (аллергический ринит, язвенная болезнь, псориаз, острый панкреатит и другое).

Однако новый статус клинических рекомендаций как обязательного для исполнения документа вызывает неоднозначную оценку в профессиональном медицинском сообществе. С одной стороны, появление и дальнейшее развитие инструмента клинических рекомендаций позитивно отразится на стандартизации и повышении качества медицинской помощи, с другой стороны, юридическая ответственность за отрицательный медицинский исход теперь во многом ложится на лечащего врача, несмотря на объективное несовершенство отдельных рекомендаций. Например, по мнению исследователей в клинических рекомендациях по организации эвакуации при преждевременных родах наблюдаются противоречивые требования к применению различных лекарственных препаратов и периодичности контроля за уровнем глюкозы в крови [56]. Еще сложнее для врача становится соблюсти сразу несколько клинических рекомендаций в случаях, когда одна хроническая болезнь сочетается с другими.

Таким образом, дальнейшее развитие клинических рекомендаций должно учитывать механизмы общественного обсуждения (с привлечением независимых медицинских экспертов) и компенсации юридического риска при наступлении отрицательного медицинского исхода. По мнению

Минздрава России, ожидаемый эффект от внедрения клинических рекомендаций в долгосрочном периоде приведет к рациональному и эффективному использованию средств ОМС, а также к оптимизации контроля за качеством медицинской помощи.

Для завершения оценки финансового обеспечения ПГГ проведем анализ макроэкономической эффективности с учетом взаимосвязанных индикаторов. При этом с позиции общественных финансов в XXI веке ключевым аспектом при оценке эффективности использования финансовых средств становится результативность использования финансовых ресурсов [112]. Таким образом, оценка макроэкономической эффективности финансового обеспечения ПГГ должна проводиться по уровню воздействия макроиндикаторов на интегральные показатели функционирования сферы здравоохранения.

Так, по результатам регрессионного анализа (линейного типа) зависимости между совокупными расходами на здравоохранение и общей заболеваемостью населения в 2013-2020 гг., представленные в таблице 10, демонстрируют, что полученное значение R-квадрант (0,11) отражает слабую предиктивную характеристику этого финансового фактора.

Таблица 10 – Расчет коэффициента детерминации между расходами на здравоохранение и общим количеством заболеваний за период 2013-2020 гг.

Год	Зарегистрировано заболеваний у пациентов, тыс. (Y)	Общие расходы на здравоохранение, млн руб. (X)	R -квадрант (коэффициент детерминации)	Y пересечение (коэффициент)
2013	231 134,90	2 949,700	0,1115	241471,2
2014	235 008,10	3 234,900		
2015	234 331,70	3 451,900		
2016	237 067,70	3 397,800		
2017	237 494,30	3 010,100		
2018	240 046,30	3 539,600		
2019	242 014,10	4 146,200		
2020	229 091,30	5 819,300		

Источник: составлено автором по материалам [132].

Таким образом, объем финансирования здравоохранения в абсолютном размере не играет решающей роли в повышении ее эффективности, что косвенно подтверждает тезис: «деньги не лечат». В данных условиях

достижение цели повышения результативности здравоохранения достижимо при смещении акцента с роста объемов финансовых ресурсов на оптимизацию структурных детерминант предоставления медицинской помощи, включая финансовый менеджмент в медицинских организациях.

Как отмечают исследователи, в современных зарубежных системах ОМС активно осуществляется поиск новых механизмов, призванных влиять на качество и эффективность оказания медицинской помощи [106]. Особое внимание в поиске новых механизмов уделяется разработке интегрированных показателей, характеризующих результат медицинской работы по всему спектру, а не в узкопрофильной области.

Главным трендом развитых зарубежных систем здравоохранения на протяжении последних десятилетий является переход к превентивной медицине, так как болезнь легче и дешевле предотвратить, чем лечить. При этом основным мотивом развития профилактического здравоохранения по всему миру стало увеличение числа людей, страдающих различными хроническими заболеваниями (сердечная недостаточность, диабет, бронхиальная астма и др.). Так, по сообщениям Минздрава России за 2018 год было установлено, что половина взрослого населения России, прошедшего диспансеризацию, имеет хронические заболевания, а среди детей до 14 лет данный показатель составляет 56% [143].

Зарубежные эксперты отмечают, что потребители медицинских услуг за счет превентивно-профилактической и предиктивной медицины (care-medicine) смогут значительно снизить частоту проявления основных видов хронических заболеваний, на лечение которых приходится 75% расходов [122]. Драйвером профилактического здравоохранения объективно является амбулаторное звено системы здравоохранения, способное предотвратить заболевание (вакцинация, осмотры и другое), а также диагностировать (анализы, скрининг-тесты, обследования и другое) его на ранних этапах развития.

Так, если провести линейную регрессию для определения влияния числа

посещений (амбулаторный комплекс - X) на число пролеченных пациентов (стационарный комплекс – Y), то можно отметить наличие качественной математической модели. Как видно из данных, представленных в таблице 11, коэффициент детерминации равен 0,92, что свидетельствует о высокой степени зависимости переменных. Следует подчеркнуть, что резкий спад медицинских исходов в 2020 году в амбулаторном и стационарном секторах здравоохранения был вызван распространением новой коронавирусной инфекции и последующей приостановкой неинфекционных профилей медицинской помощи.

Таблица 11 – Расчет коэффициента детерминации между числом посещений врачей и количеством выписанных пациентов за период 2013-2020 гг.

Год	Выписано пациентов, тыс. чел. (Y)	Число посещений врачей, млн (X)	R -квадрант (коэффициент детерминации)	Y пересечение (коэффициент)	Переменная X 1 (коэффициент)
2013	30 069	1 357,8	0,92	3951,8	20,00997
2014	30 334	1 323,4			
2015	29 729	1 288,8			
2016	29 546	1 237,0			
2017	29 063	1 231,8			
2018	29 010	1 231,4			
2019	28 667	1 231,6			
2020	23 582	1 012,5			

Источник: составлено автором по материалам [132].

Многие государства развивают профилактическое здравоохранение как механизм сдерживания темпов роста расходов на медицинскую помощь. В мировой практике подобный тренд нашел отражение в концепции «4П-медицины» (1-предикция, 2-превентивность, 3-персонализация, 4-партисипативность), применяемой государствами для системного внедрения профилактического здравоохранения. Основные принципы 4П-медицины в Российской Федерации закреплены в Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины, утвержденной приказом Минздрава России от 24.04.2018 № 186. Следовательно, развитие превентивной медицины в долгосрочной перспективе можно назвать основным трендом, который будет определять стоимостные параметры ППГ.

При этом интенсификация имеющихся мощностей амбулаторно-поликлинического комплекса оставляет много нерешенных вопросов по переходу к модели профилактического здравоохранения. Если взять за ориентир зарубежные тенденции в части повышения роли среднего медицинского персонала и роста хирургических операций в амбулаторных условиях, то в отечественной системе здравоохранения подобные тренды остаются не востребованы. Как видно из данных Росстата в таблице 12, число хирургических операций в амбулаторно-поликлиническом комплексе неуклонно снижается с 2013 года, а объем посещений среднего медицинского персонала сократился на 12,3% за исследуемый период (2013-2020 гг.).

Таблица 12 – Динамика медицинских исходов (число операций, число посещений среднего медицинского персонала) в амбулаторных условиях в 2013-2020 гг.

Показатель	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Число операций, проведенных в амбулаторно-поликлинических организациях, тыс.	5757	5709	5660,7	5590	5576,5	5563,7	5682,7	4628,7
Число посещений среднего медицинского персонала, млн	149,8	146,5	146,1	143,6	142	141,6	143,7	131,3

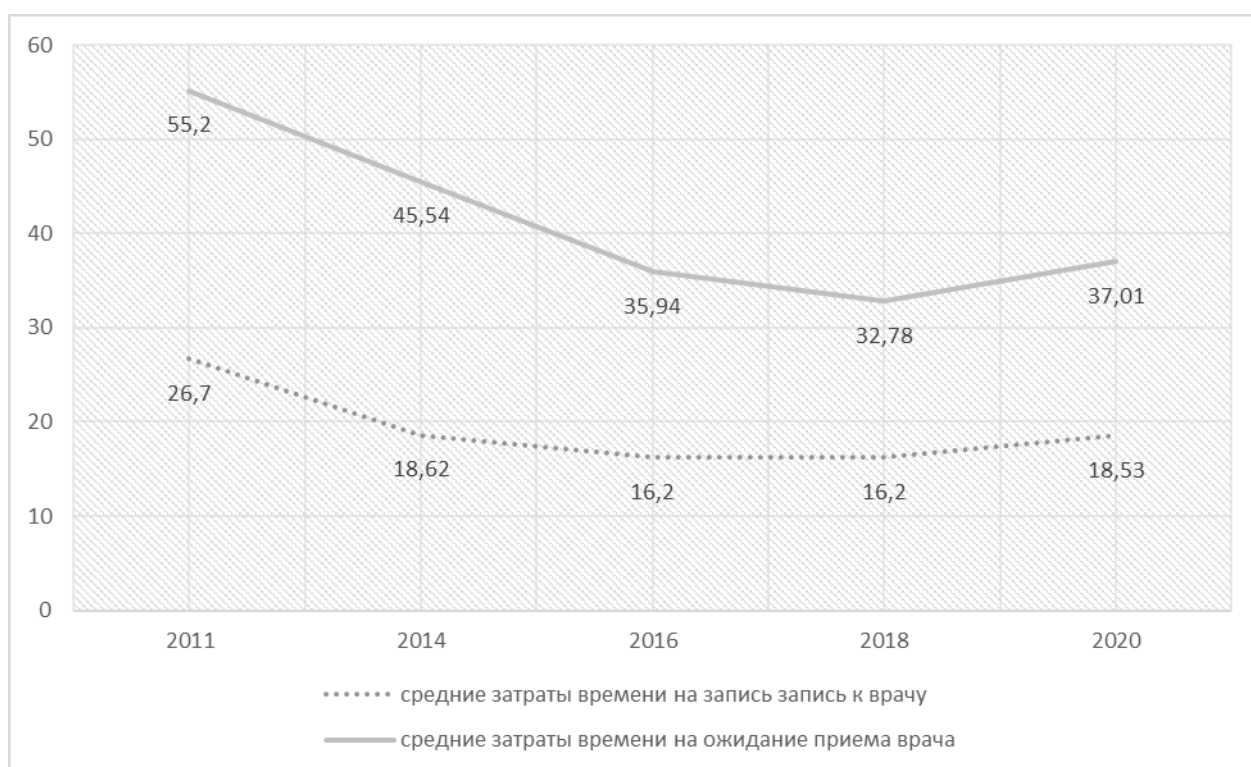
Источник: составлено автором по материалам [132].

В связи с этим решение проблем перехода к превентивной медицине должно заключаться не только в экстенсивных методах расширения воспроизводства, но и в структурной перестройке действующих механизмов предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках ПГГ. Принципы общепринятой доказательной медицины базируются на результатах прикладных научных исследований, отражающих эффективность апробированных методов профилактической медицины, а также результаты аналогичных исследований в мировой практике.

Следующим немаловажным индикатором развития амбулаторной медицинской является ее доступность для населения, которую на практике оценивают такими метриками как временные затраты на запись к врачу, время ожидания врача и длительность приема. Как правило длительные очереди к

врачу негативно сказываются на мотивации прикрепленных лиц посещать поликлинику, что приводит к практикам самолечения или ожидания самовыздоровления, которые отрицательно сказываются на стоимости последующего лечения [56].

Как показывают наблюдения Росстата, представленные на рисунке 11, за период с 2011 года по 2018 год в отечественном амбулаторно-поликлиническом комплексе удалось значительно снизить средние затраты времени пациентов на запись к врачу (с 55,2 минут до 32,78 минут) и на прием врача (с 26,7 минут до 16,2 минут).



Источник: составлено автором по материалам [154]

Рисунок 11 – Динамика средних затрат времени на запись к врачу и на ожидание приема врача в 2011-2020 гг., в минутах

Достигнутые результаты удовлетворяют временным лимитам, установленным в ПГГ, что свидетельствует о внимании организаторов здравоохранения ко времени ожидания амбулаторной помощи. Предполагается, что сокращение времени ожидания амбулаторной медицинской помощи должно охватить все группы населения, независимо от их социально-экономического статуса. Например, в ПГГ на 2022 г. и плановый период 2023-2024 гг. устанавливаются следующие ограничения по времени:

между моментом обращения пациента в медицинскую организацию и приемом участкового врача-терапевта, врача-педиатра, врача общей практики (семейного врача) должно пройти не более 24 часов, а ожидание консультации врача-специалиста должно занимать не более 14 рабочих дней, за исключением подозрения на онкологическое заболевание [11].

Другим важным фактором снижения времени ожидания амбулаторной медицинской помощи можно назвать курс на автоматизацию системы управления медицинской помощью. Основные направления развития информационных технологий в отечественной медицине определены в Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ), утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.04.2011 № 364.

В то же время на уровне субъектов Российской Федерации активно внедряются региональные прикладные программные решения, позволяющие проводить онлайн-мониторинг доступности амбулаторной помощи. К региональным проектам автоматизации предоставления бесплатной медицинской помощи населению можно отнести Региональный портал медицинских услуг Ямало-Ненецкого АО, интернет-регистратуру Краснодарского края (kuban-online.ru), портал «Здоровье Петербурга» (gorzdrav.spb.ru), электронную регистратуру Архангельской области (zdrav29.ru) и др.

Так, наиболее известным примером автоматизации регионального сегмента здравоохранения является Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы (далее – ЕМИАС), мобильное приложение которого признано «лучшим платформенно-ориентированным приложением» по версии международного рейтинга eHealthcare Leadership Awards [142]. Внедрение ЕМИАС позволило управлять потоками пациентов, сократить живые очереди перед кабинетами врачей и сократить время ожидания приема пациентами в среднем до 15-20 минут [49].

Результаты проведенного анализа по оценке эффективности финансового обеспечения ПГГ в сводном виде представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Результаты оценки эффективности финансового обеспечения ПГГ

Виды эффективности	Методика оценки	Результаты оценки
Социальная эффективность	Удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи в рамках ПГГ на основе инструментов социологического мониторинга	<ul style="list-style-type: none"> – медицинская помощь в рамках ПГГ является востребованной социально-значимой услугой для населения, что повышает требования к её справедливому распределению; – результаты социологических опросов свидетельствуют о сохранении неудовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ, в течение длительного времени (с 2012 года); – расширение доли платных медицинских услуг оценивается гражданами как негативный фактор, снижающий доверие к государственному сектору здравоохранения
Отраслевая эффективность	Анализ качества медицинской помощи в рамках ПГГ по донабедианской модели: <ul style="list-style-type: none"> – оценка ресурсной базы системы здравоохранения; – анализ процессов предоставления медицинской помощи; – анализ результатов предоставления медицинской помощи и изменения показателей здоровья населения 	<ul style="list-style-type: none"> – сокращение коечного фонда не приводит к положительным эффектам для повышения доступности медицинской помощи без интенсификации деятельности амбулаторно-поликлинического комплекса; – информатизация здравоохранения становится новым управленческим инструментом, обеспечивающим онлайн-контроль за работой медицинских учреждений; – внедрение клинических рекомендаций способствует повышению эффективности расходования средств на реализацию ПГГ
Макроэкономическая эффективность	Оценка взаимосвязи макроэкономических индикаторов в сфере здравоохранения, включая анализ соответствия целям перехода к превентивному здравоохранению	<ul style="list-style-type: none"> – на эффективность медицинской помощи в рамках ПГГ оказывают значительное влияние нефинансовые факторы; – переход к превентивному здравоохранению осложняется текущей архитектурой отечественного амбулаторного сектора и приоритетным финансированием ОМС медицинских услуг клинического типа

Источник: составлено автором.

Важно отметить, что для всех рассмотренных видов эффективности общим объектом оценки становится один или несколько аспектов работы медицинской организации, предоставляющей медицинскую помощь в рамках государственных гарантий. Таким образом, ключевым фактором, влияющим на эффективность финансового обеспечения ПГГ, является результативность управления финансовыми ресурсами на уровне медицинских организаций. В этой связи повышение эффективности управления финансовыми ресурсами

медицинских организаций, участвующих в реализации ПГГ, может стать существенным фактором развития финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, проведенный в параграфе 2.2 анализ свидетельствует о том, что предложенный методологический подход к оценке эффективности использования финансового обеспечения ПГГ с учетом социальной, макроэкономической и отраслевой эффективности. позволяет на системной основе анализировать финансовое обеспечение ПГГ в контексте отраслевой, макроэкономической и социальной эффективности. Кроме того, особенность предлагаемого нами подхода к оценке финансового обеспечения ПГГ также заключается в возможности интеграции со стратегическими целевыми индикаторами, определяемыми государством при развитии отечественного здравоохранения.

2.3 Анализ сбалансированности базовой программы обязательного медицинского страхования

Действующее бюджетное законодательство Российской Федерации определяет сбалансированность бюджета как состояние, при котором «объем предусмотренных бюджетом расходов должен соответствовать суммарному объему доходов бюджета и поступлений источников финансирования его дефицита, уменьшенных на суммы выплат из бюджета, связанных с источниками финансирования дефицита бюджета и изменением остатков на счетах по учету средств бюджетов» [2]. Качественным индикатором сбалансированности любого бюджета является его дефицит или профицит, рассчитанный с использованием балансового метода.

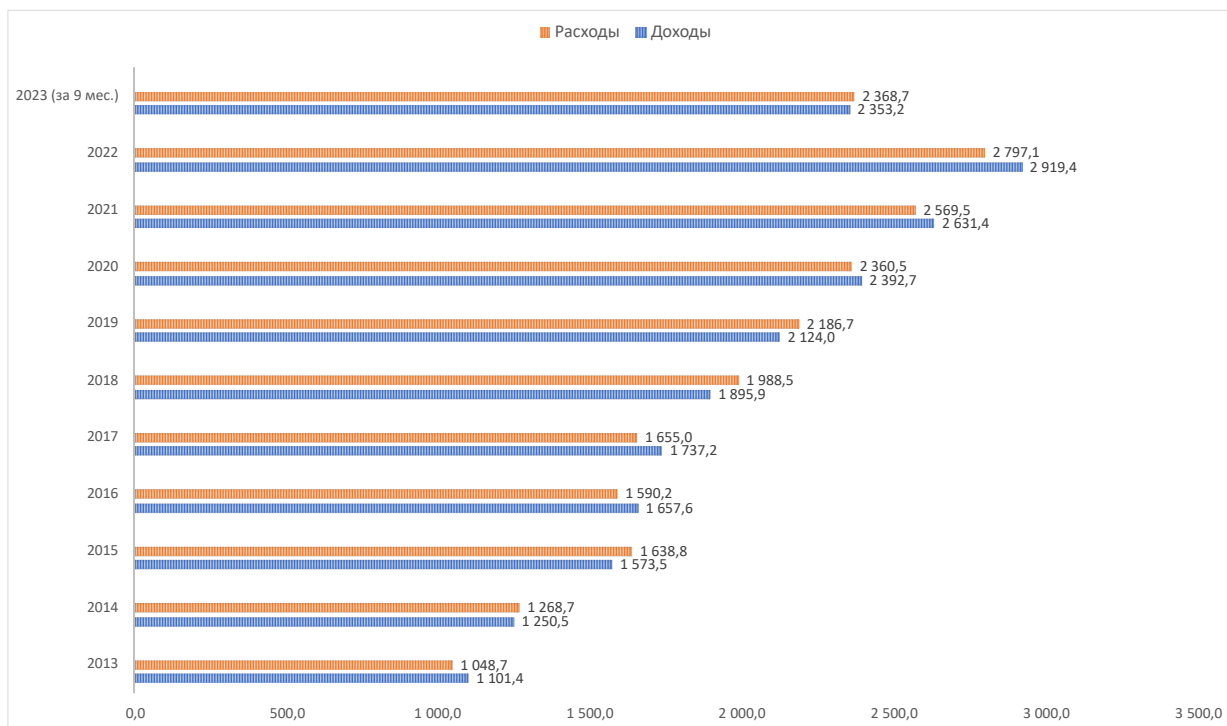
В отношении государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, а также базовой программы ОМС, сбалансированность будет рассматриваться как соответствие источников финансового обеспечения текущему уровню спроса на бесплатную медицинскую помощь со стороны населения (застрахованных граждан). Ввиду ограниченного объема

государственных финансовых ресурсов перед уполномоченными органами власти стоит задача обеспечения оптимального состава, структуры и объема расходов исходя из макроэкономических условий страны [94]. В итоге комплексное измерение сбалансированности ПГГ необходимо для обоснования бюджетных ограничений, что позволяет в долгосрочном горизонте планирования обеспечить финансовую устойчивость сектора здравоохранения и выполнить конституционные обязательства.

В экономической литературе приводятся различные методы обеспечения сбалансированности бюджетов (лимитирование бюджетных обязательств, выявление резервов, секвестирование бюджета, использование переходящих остатков средств и др.) [64]. В то же время большинство методов обеспечения сбалансированности бюджетов базируются на балансовом методе, предполагающем согласование взаимоувязанных и взаимообусловленных показателей доходной и расходной частей бюджета.

С момента перехода на одноканальное финансирование в России основным источником финансового обеспечения медицинской помощи являются средства ОМС, аккумулируемые в рамках бюджета ФОМС. Динамика показателей бюджета ФОМС в 2011-2023 гг., представленная на рисунке 12, демонстрирует стабильное увеличение объемов доходов фонда на 1 664,9 млрд руб. (+172%). Уровень дефицита на протяжении всего анализируемого периода не превышал 5% от общей суммы, что свидетельствует о нормальном уровне финансовой устойчивости ФОМС. В частности, допустимый уровень дефицита бюджета для субъекта Российской Федерации не должен превышать 15 процентов от общего объема запланированных доходов на очередной финансовый год. Кроме того, несмотря на активное распространение COVID-19, бюджет ФОМС в 2020-2021 гг. исполнялся с незначительным профицитом (32,2 млрд руб. и 61,9 млрд руб. соответственно), что также отражает стабильное финансовое состояние фонда в кризисные периоды. При этом максимальный размер профицита бюджета ФОМС за анализируемый период

составил 122,4 млрд руб. по итогам 2022 года.



Источник: составлено автором по материалам [144].

Рисунок 12 – Динамика доходов и расходов федерального фонда ОМС в 2013-2023 гг., млрд руб.

Важно отметить, что структура доходов бюджета ФОМС соответствует его функциональному назначению по финансированию составной части ПГГ – базовой программы ОМС. Так, по данным исполнения бюджета ФОМС за 2022 год, представленным в таблице 14, можно отметить, что основная часть доходов формируется за счет страховых взносов (82,7%), трансферты из федерального бюджета составляют 16,2% от общей суммы доходов, а прочие поступления – 0,4%.

Таблица 14 – Структура доходов ФОМС за 2022 год

Показатель	Кассовое исполнение, тыс. руб.	В процентах от общей суммы
1) Страховые взносы на ОМС, из них:	2 413 156 858,2	82,7
-работающего населения	1 599 380 189,6	–
-неработающего населения	813 776 668,6	–
2) Безвозмездные поступления, из них:	491 922 929,3	16,9
-межбюджетные трансферты	474 237 822,4	–
3) Прочие поступления	32 019 694,0	0,4
Итого:	2 919 414 386,5	100

Источник: составлено автором по материалам [141].

Следует подчеркнуть, что объем страховых взносов на ОМС оказывает

влияние не только на формирование доходной части бюджета, но и определяет уровень налоговой нагрузки на экономических агентов (за работающее население) и объем расходов региональных бюджетов (за неработающее население). По мнению ряда исследователей, на фоне текущих демографических тенденций сокращение численности рабочего населения в долгосрочной перспективе может привести к возникновению дополнительных финансовых рисков для системы ОМС [58].

Таким образом, финансовые потери ОМС при усилении демографического перехода будут нарастать по мере уменьшения численности экономически активного населения. Кроме того, ухудшение демографической обстановки может потребовать внедрения более гибких практик планирования и реализации программ ОМС, учитывающих меняющиеся условия в оперативном режиме.

Подобные тренды характерны для большинства стран, находящихся в третьей фазе демографического перехода, когда социально-экономические преобразования приводят к снижению рождаемости при стабильно низкой смертности, в результате чего происходит активное старение населения. В работах О. Галора, касающихся эмпирического анализа триггеров демографического перехода, отмечается, что текущая демографическая трансформация позволяет «странам преобразовать большую часть выгод от накопления факторов производства и технического процесса в рост дохода на душу населения» [118].

Так, по данным ФОМС, приведенным в таблице 15, можно отметить, что численность застрахованного работающего населения сократилась на 2,2 млн чел. с 2019 г. по 2022 г., в то время как численность застрахованного неработающего населения увеличилась на 1,2 млн чел. (+1,5%). По состоянию на конец 2022 года доля работающего населения составила 44% от общей численности застрахованных, обеспечивая поступление страховых взносов на ОМС в размере 1 599,4 млрд руб., что составляет 66,3% от общей суммы страховых взносов на ОМС. При этом по удельным показателям один

работающий человек для системы ОМС обеспечивает поступление страховых взносов в 2,5 раза больше, чем один неработающий человек.

Таблица 15 – Анализ страховых взносов на ОМС работающего и неработающего населения в 2019-2022 гг.

Показатель	2019	2020	2021	2022
Страховые взносы на ОМС всего (млрд руб.)	2 043,0	2 132,7	2 316,1	2 413,2
в том числе				
работающего населения	1 322,9	1 388,9	1 532,8	1 599,4
неработающего населения	720,1	743,8	783,4	813,8
Численность застрахованных лиц, всего (млн чел.)	146,1	145,5	145,2	145,1
в том числе				
работающих	66,0	65,1	63,9	63,8
неработающих	80,1	80,4	81,3	81,3
Средний размер страховых взносов на ОМС	-	-	-	-
на 1 работающего человека, тыс. руб.	20,0	21,3	24,0	25,0
на 1 неработающего человека, тыс. руб.	9,0	9,3	9,6	10,0

Источник: составлено автором по материалам [149].

Учитывая сложившиеся условия, можно сделать предположение о том, что естественное выбытие работающего населения в краткосрочной перспективе для доходов ФОМС возможно компенсировать за счет активной эксплуатации текущих трудовых ресурсов, способствующей увеличению налогооблагаемого фонда оплаты труда. Так, по данным в таблице 16 можно отметить, что в 2015-2020 гг. темпы прироста страховых взносов на ОМС коррелируются с темпами роста среднемесячной номинальной заработной платы, в то время как численность занятого населения имеет околонулевую или отрицательную динамику. Однако отдача от интенсивной эксплуатации трудовых ресурсов в долгосрочной перспективе будет снижаться по объективным причинам, связанным с постоянным старением населения, что потребует поиска новых компенсаторных механизмов для выпадающих

доходов ФОМС.

Таблица 16 – Динамика темпов прироста страховых взносов на ОМС, среднемесячной заработной платы и численности занятого населения за период 2015-2020 гг.

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Страховые взносы на ОМС, млрд руб.	1 705,7	1 862,2	2 043,0	2 132,8	2 316,1	2 413,2
Темп прироста страховых взносов на ОМС, в процентах	-	+9,2	+9,7	+4,4	+8,6	+4,2
Среднемесячная номинальная заработная плата, руб.	39167	43724	47867	51344	57244	65338
Темп прироста среднемесячной номинальной заработной платы, в процентах	-	+11,6	+9,5	+7,3	+11,5	+14,1
Численность занятого населения (на конец года), тыс. чел.	72661	72612	72425	70772	72471	72100
Темп прироста численности занятого населения, в процентах	-	-0,06	-0,26	-2,28	+2,40	-0,51

Источник: составлено автором по материалам [130].

Таким образом, старение население как актуальный демографический тренд уже в среднесрочной перспективе оказывает влияние на структуру и численность экономически активного населения. Так, в отношении базовой программы ОМС демографический переход может отрицательно сказаться на увеличении численности неработающего населения в долгосрочном периоде, что предопределяет реализацию следующих возможных сценариев:

- 1) Увеличение фискальной нагрузки на экономически активное население, численность которого будет постоянно уменьшаться.
- 2) Расширение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в связи с увеличением доли пожилого населения [31].

Кроме того, финансовые риски доходной части бюджета ФОМС при текущем планировании должны соизмеряться с объемом государственных гарантий бесплатной медицинской помощи по программе ОМС. Так, исполнение бюджета ФОМС по расходам на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в конкретном регионе осуществляется через предоставление субвенции подчиненному территориальному фонду ОМС. Так, по данным за 2021 год, представленным в таблице 17, видно, что субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС в общей структуре расходов занимают 88,6%, что отражает ключевую функцию ФОМС по

финансовому обеспечению территориальных программ ОМС.

Таблица 17 – Структура расходов бюджета ФОМС за 2021 год

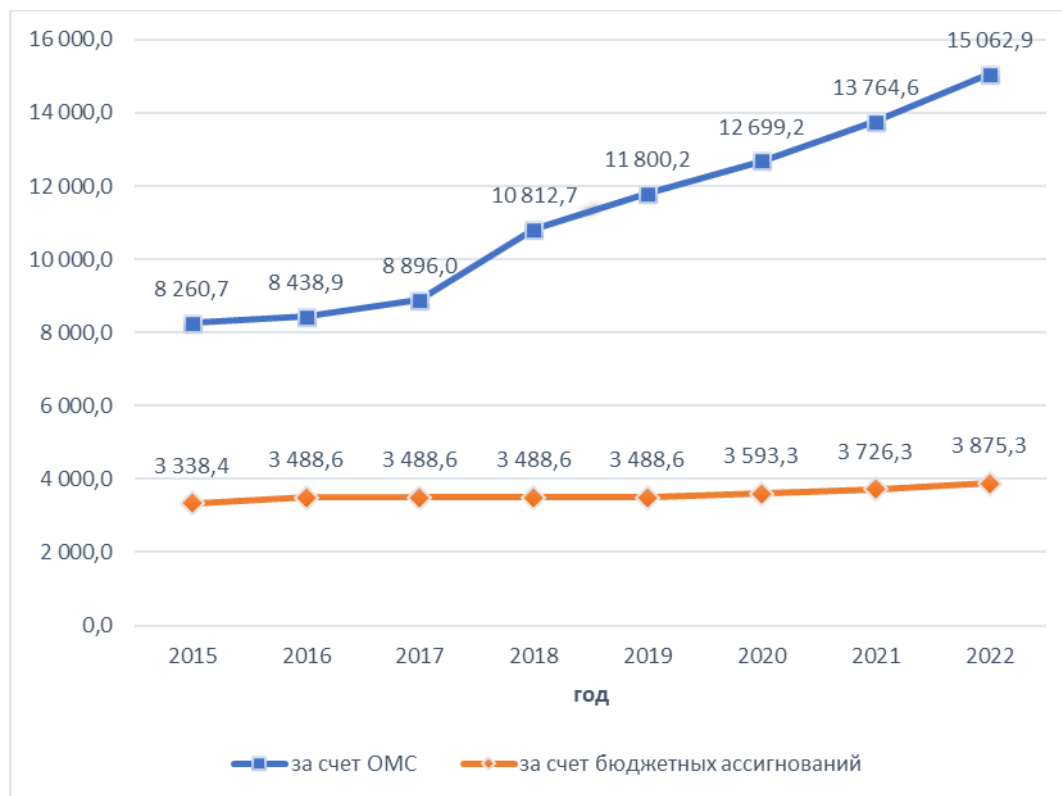
Показатель	Кассовое исполнение, млрд руб.	В процентах от общей суммы
Трансферты бюджетам территориальных фондов ОМС, всего: из них	2 312,07	89,98
Субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС	2 276,82	88,61
Трансферт на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным (коронавирус)	20,00	0,78
Трансферт на формирование нормированного страховой запас территориальным фондам ОМС	14,74	0,57
Иные трансферты	0,50	0,02
Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи	109,69	4,27
Изготовление полисов ОМС	1,43	0,06
Трансферт бюджету (родовые сертификаты)	13,32	0,52
Социальное обеспечение и иные выплаты населению	126,87	4,94
Обеспечение деятельности ФОМС	6,16	0,24
ИТОГО	2 569,53	100,00

Источник: составлено автором по материалам [130].

Стартовой точкой для расчета финансового обеспечения субвенции территориальным фондам ОМС является утвержденный в ПГГ средний подушевой норматив финансовых затрат. Исторически подушевой механизм финансового обеспечения медицинской помощи в отечественном здравоохранении развивался как инструмент нейтрализации негативных последствий фондодержания, связанных со стремлением страховщиков уменьшить сумму взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь [71]. Так, при полном фондодержании финансирование медицинской помощи осуществляется с учетом возможных сверхнормативных (дополнительных) затрат, включаемых медицинской организацией во взаиморасчеты со страховщиком.

По динамике средних подушевых нормативов финансирования, представленной на рисунке 13, можно отметить опережающий рост удельного финансирования за счет средств ОМС с 2017 года по сравнению с расходами региональных бюджетов. Так, в 2022 году средства ОМС по величине среднего подушевого норматива финансирования превысили бюджетные ассигнования

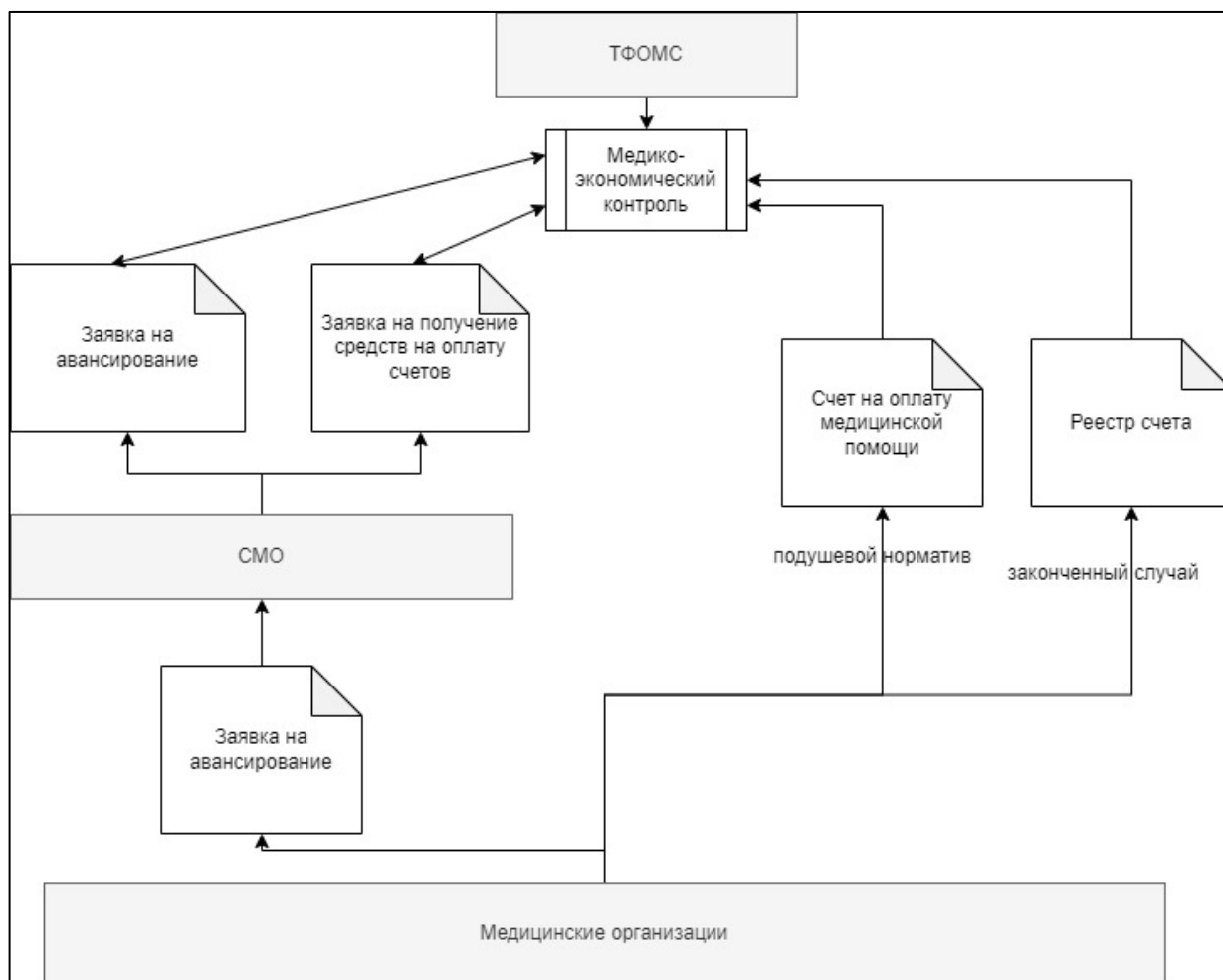
практически в 4 раза. Вместе с тем с 2015 года средний подушевой норматив финансирования за счет ОМС номинально вырос с 8 260,7 руб. до 15 062,9 руб. (+82,3%) в 2020 году, а подушевой норматив за счет бюджетных ассигнований за тот же период увеличился только на 536,9 руб. (+16%).



Источник: составлено автором по материалам [9-11; 132].

Рисунок 13 – Динамика средних подушевых нормативов финансирования за счет средств ОМС и за счет бюджетных ассигнований за период 2015-2022 гг., руб.

Устойчивый рост средств ОМС на фоне стабилизации бюджетных ассигнований в структуре подушевого финансирования свидетельствует о приоритетной роли субвенции ФОМС при реализации территориальной ПГГ. Вместе с тем использование субвенции на финансовое обеспечение территориальной ПГГ предполагает перечисление средств страховым медицинским организациям (далее – СМО) в рамках договоров о финансовом обеспечении ОМС. В течение финансового года СМО ежемесячно производят непосредственную оплату оказанных медицинских услуг на основании выставленных счетов на оплату медицинской помощи и реестра счетов. Общая схема организационного взаимодействия между участниками ОМС при оплате медицинской помощи представлена на рисунке 14.



Источник: составлено автором по материалам [14].

Рисунок 14 – Схема взаимодействия медицинских организаций, СМО и территориальных фондов ОМС при оплате медицинской помощи по программе ОМС

В итоге медицинские организации заинтересованы в максимизации объема средств, получаемых из системы ОМС, а СМО – в финансовом обеспечении стабильной работы медицинских учреждений и защиты прав застрахованных пациентов. При этом ряд отечественных исследователей (Шишкин С.В, Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф.), анализируя работу СМО, указывают на недостаточность реализации следующих страховых принципов в российской модели ОМС:

- 1) равновесие между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению;
- 2) необратимость передачи страхователем страховщику рисков затрат в связи с наступлением страхового случая [158].

Несмотря на неоднозначную оценку роли СМО в системе ОМС, наличие

третьей стороны во взаимодействии между пациентом и медицинской организацией, а также между медицинской организацией и территориальным фондом ОМС должно оказывать положительное влияние на качество управленческих и контрольных функций в сфере здравоохранения. В частности, в полномочия СМО входит не только рассмотрение обращений и жалоб от застрахованных лиц, но также контроль объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи по программе ОМС.

При этом дальнейшее развитие института СМО обусловлено необходимостью усиления страховых принципов (равновесие между доходами и обязательствами, необратимость передачи СМО рисков возмещения затрат) с учетом тренда на развитие превентивной модели здравоохранения. Так, зарубежная практика показывает, что для формирования модели превентивного здравоохранения финансовые средства должны на системной основе перераспределяться в пользу амбулаторной медицинской помощи [117]. При этом системное расширение сектора превентивного здравоохранения потребует перераспределения финансовых ресурсов в пользу профилактических видов медицинской помощи, включаемых в состав ПГГ.

В итоге, проведенный анализ сбалансированности базовой программы ОМС как составной части ПГГ позволяет сделать следующие выводы:

1) Основным источником доходов ФОМС являются страховые взносы ОМС, а в структуре расходов – субвенции ТФОМС на реализацию территориальных программ ОМС, что подчеркивает функциональное назначение внебюджетного целевого фонда. Бюджет ФОМС остается сбалансированным даже в кризисные для экономики годы и сохраняет положительную динамику на протяжении последних 10 лет.

2) В условиях современного демографического перехода сокращение численности рабочего населения приводит к увеличению неработающего населения, а следовательно, к возникновению дополнительных финансовых рисков для сбалансированности базовой программы ОМС. При этом

компенсаторные механизмы для выпадающих доходов ФОМС в связи со снижением численности работающих граждан не предусмотрены.

3) Бюджетные средства в одноканальной модели финансирования ОМС остаются важным источником обеспечения сбалансированности финансового обеспечения территориальных ПГГ (социально-значимые болезни, паллиативная медицина, высокотехнологичная медицинская помощь), включая территориальные программы ОМС (взносы за неработающего населения).

4) Сложившаяся тарифная политика на оплату медицинской помощи по программе ОМС административно ограничивает участие частных медицинских организаций в реализации территориальных программ ОМС и снижает общий уровень эффективной конкуренции в сфере здравоохранения. В то же время региональные власти активно продолжают политику укрупнений и объединений подведомственных учреждений здравоохранения, приводя к монополизации провайдеров медицинских услуг ОМС в пределах муниципальных образований.

5) Экстренное перераспределение средств ОМС между видами медицинской помощи (например, на фоне развития пандемии) может приводить к проблемам сбалансированности территориальных программ ОМС в связи с ухудшением финансового состояния медицинских организаций.

6) Финансовая ответственность страховщика в отечественном дизайне ОМС ограничивается только размерами установленных тарифов, что на практике может приводить к снижению показателей качества бесплатной медицинской помощи в условиях удорожания стоимости лечения. В этой связи при решении задачи обеспечения сбалансированности базовой программы ОМС не учитываются сверхтарифные расходы медицинских организаций на предоставление медицинской помощи по программе ОМС, что также негативно влияет на ее доступность и качество.

Таким образом, проведенный в главе 2 анализ финансового обеспечения ПГГ позволяет сделать вывод о том, что эффективность финансирования бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий зависит не только от результативности проводимой государством политики в сфере здравоохранения, но и от эффективности управления финансовыми ресурсами на уровне медицинских организаций, являющихся провайдерами бесплатной медицинской помощи. При этом выявленные в главе проблемы планирования финансового обеспечения ПГГ, обусловлены особенностями административно-централизованной системы управления отечественным здравоохранением, что предопределяет возможные направления совершенствования финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Глава 3

Пути совершенствования финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи

3.1 Направления модернизации финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи

Системная сложность и многоуровневая организация современных моделей здравоохранения объективно затрудняет проведение не только фрагментарной, но и комплексной модернизации работы институтов здравоохранения. При этом переход к профилактическому здравоохранению обязывает государства форсировать реформирование отрасли с учетом ограниченности имеющихся финансовых ресурсов.

Вместе с тем стабильность финансовой модели здравоохранения зависит от экономического состояния государства, для которого свойственна цикличность и периоды нестабильности. Так, экономические циклы напрямую влияют на параметры бюджетов бюджетной системы, включая финансовое обеспечение государственных программ в сфере здравоохранения. При этом вопрос модернизации государственных программ в сфере здравоохранения становится более актуальным именно в период экономической нестабильности. Таким образом, сложившиеся условия экономической волатильности и санкционного давления для Российской Федерации можно рассматривать как потенциальный катализатор структурных изменений в финансовом обеспечении ПГГ.

В то же время проблемы практической реализации действующих механизмов финансового обеспечения ПГГ, выявленные в главе 2 настоящего исследования, оказывают негативное влияние на эффективность финансового обеспечения ПГГ. Для целей определения ключевых направлений модернизации финансового обеспечения ПГГ в таблице 18 представлены

результаты сопоставительного анализа выявленных проблем с вероятными рисками и угрозами для системы здравоохранения.

Таблица 18 – Характеристика проблем финансового обеспечения ПГГ с учетом возможных рисков и угроз

Процесс	Проблема	Возможные риски и угрозы
Финансовое обеспечение программ ПГГ	Региональная дифференциация финансового обеспечения ПГГ	Снижение доступности медицинской помощи в менее обеспеченных финансовыми ресурсами регионах Усиление внутренней миграции медицинских кадров между регионами Увеличение финансовой нагрузки на фонды ОМС при межтерриториальных расчетах
Финансовое планирование ПГГ	Директивное планирование и распределение объемов медицинской помощи в рамках ПГГ	Увеличение зависимости от текущих приоритетов бюджетной политики Ориентация применяемых инструментов планирования преимущественно на сложившиеся отчетные данные Ухудшение качества индикативных инструментов финансового планирования Слабое влияние медицинских организаций на управленческие решения в сфере здравоохранения
Управление отраслевой структурой рынка медицинских услуг	Низкий уровень конкурентной среды и монополизация рынка ОМС	Снижение качества медицинских услуг, предоставляемых по ОМС Постоянное удорожание территориальных программ, финансируемых за счет средств ОМС Увеличение финансовых диспропорций между амбулаторным и стационарным звеньями здравоохранения Сокращение возможностей для выбора медицинских организаций, реализующих программы ОМС Административные ограничения для участия частных медицинских организаций
Реализация тарифной политики ОМС	Непрозрачность тарифной политики и процессов обоснования тарифов ОМС	Вынужденная оптимизация затрат на медицинские услуги ОМС при сверхтарифных расходах Увеличение расходов региональных бюджетов на дополнительное финансовое обеспечение ОМС Увеличение скрытых («теневых») платежей в медицинских учреждениях Отсутствие финансовой заинтересованности в реализации программ ОМС у частных медицинских организаций
Финансовое сопровождение организации медицинской деятельности	Низкий уровень удовлетворенности населения сферой здравоохранения	Снижение социальной эффективности системы здравоохранения Нарастание социальной напряженности из-за низкого качества и ограниченной доступности медицинской помощи Формальный подход при внедрении сервисных моделей предоставления медицинской помощи и пациентоориентированного подхода Нарастание дезинтеграции между амбулаторно-поликлиническим и больничным секторами здравоохранения

Источник: составлено автором.

Предложения по решению выявленных проблем не могут рассматриваться фрагментарно ввиду структурной сложности отрасли здравоохранения. Социальная значимость бесплатной медицинской помощи также обязывает примерять системный подход для любых модернизационных

мероприятий в данном секторе. Следовательно, для комплексного совершенствования финансового обеспечения ПГГ необходима реализация практических мер по следующим направлениям:

- 1) развитие методологических основ финансового планирования показателей ПГГ в целях перехода к превентивному здравоохранению;
- 2) оптимизация тарифной политики и процедур финансового контроля в сфере ОМС;
- 3) развитие бюджетных инструментов финансового обеспечения деятельности учреждений здравоохранения, предоставляющих медицинскую помощь в рамках ПГГ;
- 4) расширение источников финансового обеспечения медицинской помощи в пределах ПГГ.

Для обоснования практической значимости предложенных нами направлений совершенствования финансового обеспечения ПГГ исследуем их последовательно с учетом сложившейся структуры российской системы здравоохранения.

Развитие методологических основ финансового планирования показателей ПГГ в целях перехода к превентивному здравоохранению.

Российская практика организации здравоохранения показывает, что в основе методологии финансового планирования показателей ПГГ лежит использование таких общеизвестных методов как:

- балансовый метод в целях сравнения показателей ПГГ по доходам и расходам;
- нормативно-подушевой метод в целях обеспечения взаимосвязи между объемами финансового обеспечения ПГГ и сложившейся половозрастной структурой населения.

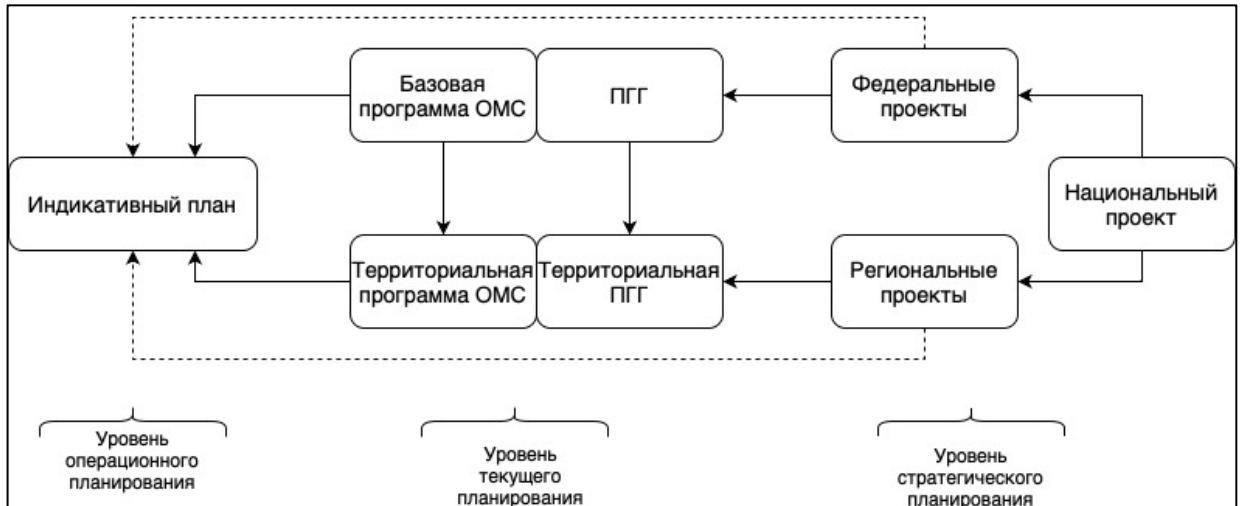
При этом для организационного обеспечения процессов финансового планирования показателей ПГГ характерно использование различных административно-командных методов управления со стороны органов управления здравоохранением. В результате административно ограничивается

право медицинских организаций на прямое участие в процедурах согласования планируемых объемов медицинской помощи в рамках ПГГ. Вместе с тем определение плановых объемов медицинской помощи, а следовательно, и суммы финансового обеспечения производится комиссией по разработке территориальной ПГГ преимущественно на основе данных отчетных годов.

Важно отметить, что концепция «4П медицины» и форсирование перехода к профилактическому здравоохранению требует применения более гибких инструментов управления, способных своевременно адаптироваться к постоянно меняющимся социально-экономическим условиям. Вместе с тем при анализе передовых методик управления и прогнозирования в сложных экономических системах исследователи предлагают использовать метод индикативного планирования. Ключевыми особенностями индикативного плана в рамках государственного сектора является рекомендательный характер при планировании и доведении целевых показателей (индикаторов) деятельности [65].

Индикативный план на уровне субъекта Российской Федерации необходимо применять в качестве дополнительного управленческого инструмента при планировании и реализации территориальной ПГГ, учитывающего особенности региональной системы здравоохранения и сложившейся ресурсной базы. Кроме того, при реализации национальных, федеральных и региональных проектов индикативный план в сфере здравоохранения может использоваться для обеспечения взаимосвязи между параметрами текущего и стратегического планирования, что позволит сохранить преемственность используемой методологической базы. В частности, реализация национальных и федеральных проектов в сфере здравоохранения требует постоянного мониторинга целевых индикаторов и оперативного изменения параметров текущего планирования территориальных ПГГ при выявлении отклонений. Предлагаемая нами схема взаимосвязи индикативного плана с документами стратегического и текущего

планирования в сфере здравоохранения представлена на рисунке 15.



Источник: составлено автором.

Рисунок 15 – Схема взаимосвязи индикативного плана с документами стратегического и текущего планирования в сфере здравоохранения

При этом для определения нефинансовых метрик при разработке индикативного плана необходимо придерживаться таких целевых установок как:

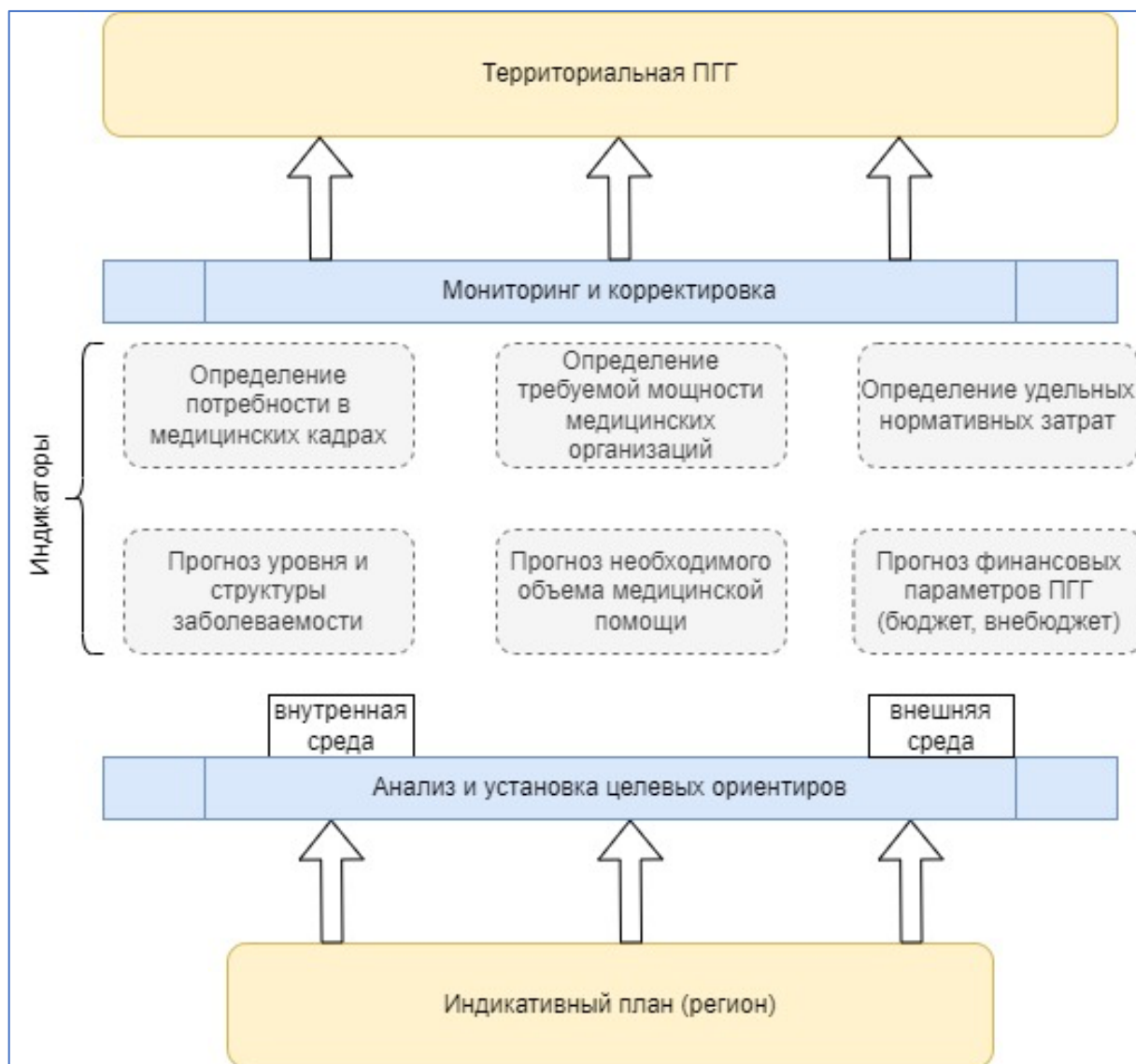
- персонализация медицинской деятельности по результатам анализа различных биомаркеров обслуживаемых пациентов;
- приоритет профилактических видов медицинской помощи при организации ключевых сервисов здравоохранения;
- обеспечение доступности персонализированной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- масштабирование медицинских технологий для раннего прогнозирования заболеваний.

Важно подчеркнуть, что эффективность индикативного плана в российском здравоохранении во многом будет зависеть от приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения, а также уровнем развития профилактических видов медицинской помощи. В результате индикативный план позволяет на уровне текущего планирования вносить оперативные и обоснованные изменения в параметры ПГГ с учетом выявленных отклонений при достижении целевых индикаторов, связанных со стратегическими задачами государства в области здравоохранения. В

результате инструментарий индикативного планирования может использоваться для развития финансового обеспечения ПГГ на всех этапах бюджетного процесса, что обусловлено взаимосвязью целевых индикаторов с национальными и федеральными проектами.

При этом для обеспечения эффективного финансового управления при выполнении согласованных целевых индикаторов потребуется развитие инструментов оперативного мониторинга работы медицинских организаций. В результате ежеквартальный мониторинг, как исторически сложившаяся норма, при реализации ПГГ на сегодняшний день может ограничивать возможности оперативного финансового управления. Таким образом, учитывая возможности современных ИТ-систем, представляется целесообразным в рамках индикативного планирования перейти на ежемесячную периодичность мониторинга фактических данных.

Кроме того, отличительной особенностью индикативного планирования должно стать привлечение общественных организаций и экспертного сообщества к работе над формированием, изменением и ведением индикативного плана. В частности, при расчете отдельных индикаторов, связанных с определением потребности региона в медицинских кадрах, представляется целесообразным привлекать независимые экспертные группы, сформированные из числа представителей медицинских университетов и профсоюзов медицинских работников. В результате индикативное планирование можно рассматривать как децентрализованный инструмент по методологическому преобразованию системы государственных планов в здравоохранения. Предлагаемая нами блок-схема по внедрению индикативного плана в процессы планирования финансового обеспечения территориальной ПГГ представлена на рисунке 16.



Источник: составлено автором.

Рисунок 16 – Блок-схема внедрения индикативного плана в процессы планирования финансового обеспечения территориальной ПГГ

Оптимизация тарифной политики и процедур финансового контроля в сфере ОМС. Согласно 12 разделу действующих правил ОМС для расчета тарифа на единицу объема медицинской помощи может использоваться нормативный, структурный и экспертный методы [14]. Применение перечисленных методов расчета в итоге должно приводить к определению тарифа на оказание конкретной медицинской услуги путем суммирования затрат, определенных для каждой группы затрат на единицу объема медицинской услуги.

Далее при оплате медицинской помощи значения тарифов ОМС

корректируются на поправочные коэффициенты, характеристика которых представлена в таблице 19.

Таблица 19 – Характеристика поправочных коэффициентов, применяемых к тарифу на оплату медицинских услуг ОМС

Наименование коэффициента	Характеристика	Кем устанавливается	Диапазон значений
коэффициент уровня оказания медицинской помощи	учитывает различия в расходах в зависимости от уровня медицинской организации (1-й уровень: поликлиника, 2-й уровень: клиничко-диагностический центр, 3-й уровень: стационар)	регион	1й уровень – 0,9 2й уровень – 1,05 3й уровень – 1,25
коэффициент специфики медицинской помощи	применяется для конкретной КСГ в целях повышения мотивации к использованию современных методов лечения и ресурсосберегающих технологий	регион	От 0,8 до 1,4
коэффициент дифференциации	отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг	федерация	От 0,7 до 1,3
коэффициент сложности лечения	учитывает сложность отдельных случаев лечения пациента (оперативные вмешательства и диагностические исследования)	регион	От 1 до 1,8

Источник: составлено автором по материалам [16].

Следует отметить, что размер финансового обеспечения, определенный с учетом плановых объемов медицинской помощи и утвержденных тарифов на оплату медицинской помощи, не может превышать предельные объемы финансового обеспечения территориальной программы ОМС [95]. В результате при расчете тарифов на оплату медицинской помощи по программе ОМС в большей степени учитываются действующие лимиты финансирования, а не фактические затраты медицинских организаций на предоставление медицинской помощи. Кроме того, разница между себестоимостью медицинских услуг и тарифами ОМС может приводить к оптимизации части расходов на медицинскую помощь или компенсироваться за счет других источников финансирования (платные услуги, бюджетные средства).

В практике финансовой работы медицинских организаций также важно отметить наличие различных бюрократических ограничений при финансировании статей затрат, обусловленных регламентированной структурой тарифа ОМС. Так, в сложившейся судебной практике содержится масса административных дел, в рамках которых рассматриваются эпизоды нецелевого использования медицинскими организациями средств ОМС при осуществлении отдельных расходов общехозяйственного назначения.

В результате расходование средств ОМС в рамках заданной структуры тарифа на медицинскую помощь препятствует формированию конкурентной среды на рынке ОМС и усиливает зависимость отрасли здравоохранения от реализуемого административно-командного сопровождения. В этой связи государственные учреждения здравоохранения, предоставляющие медицинскую помощь по базовой программе ОМС, ограничены в выборе направлений расходования заработанных средств по сложившимся формальным признакам. Кроме того, сложившаяся практика финансового контроля при расходовании средств ОМС препятствует развитию новых методов лечения и диагностики, требующих приобретения современного медицинского оборудования и инструментария.

Таким образом, сложившиеся на уровне территориальных фондов ОМС практики по проверке кассовых расходов, осуществляемых медицинскими организациями за счет средств ОМС, представляется целесообразным исключить из процедур внутреннего финансового контроля. Подобная мера позволит повысить самостоятельность медицинских организаций и снизить число формальных финансовых ограничений при расходовании средств ОМС, что также соответствует декларируемым в системе ОМС страховым принципам.

Кроме того, при оптимизации тарифной политики в системе ОМС представляется целесообразным включать отдельные виды инвестиционных расходов в тариф на оплату медицинской помощи, что позволит расширить инвестиционные возможности медицинских организаций для повышения

качества предоставляемой медицинской помощи по программе ОМС. В частности, как отмечено в главе 2 настоящего исследования, приобретение медицинского оборудования, стоимость которого превышает 100 000 руб., часто обеспечивается за счет бюджетных средств и создает дополнительную нагрузку на региональные бюджеты.

Важно отметить, что изменение тарифов ОМС при непостоянстве инвестиционных затрат может приводить к снижению эффективности финансового обеспечения медицинской помощи, предоставляемой с использованием сложных медицинских технологий в рамках базовой программы ОМС. При этом внедрение сложных медицинских технологий требует приобретения дорогостоящего медицинского оборудования. Следовательно, при уточнении тарифов на оплату медицинской помощи по программе ОМС для учета отдельных инвестиционных расходов целесообразно формировать инвестиционные программы на уровне медицинской организации, согласованные с территориальными фондами ОМС. В данном случае, под инвестиционной программой следует поднимать совокупность инвестиционных проектов, реализуемых медицинскими организациями (государственными и частными) и направленных на интенсификацию лечебного процесса в виде приобретения диагностического, электронного или хирургического медицинского оборудования. Как правило, клиническая апробация новых методов профилактики и лечения повышает потребность в приобретении современного медицинского оборудования и инструментария.

Кроме того, применительно к медицинским организациям, реализующим инвестиционные программы для оказания медицинских услуг ОМС, в тарифном соглашении представляется целесообразным устанавливать коэффициент инвестиционного ресурса ($K_{ир}$) по формуле (3)

$$K_{ир} = 1 + \frac{d\Phi O_i * C_{ир}}{V_{M_i} * T_i}, \quad (3)$$

где $d\Phi O_i$ – доля финансового обеспечения i -й медицинской услуги в общей

структуре финансовых поступлений ОМС;

$C_{ир}$ – стоимость инвестиционного ресурса (оборудования, техники, инструментария или др.);

V_{M_i} – плановый объем i -й медицинской услуги;

T_i – тариф на оплату оказания i -й медицинской услуги.

При этом коэффициент инвестиционного ресурса должен применяться начиная с финансового года, следующего за годом приобретения медицинского оборудования.

Однако, внедрение вышеуказанных рекомендаций в сфере тарифного регулирования ОМС потребует серьезного преобразования действующей системы мониторинга фактических расходов [130]. В частности, при организации бухгалтерского и управленческого учета в учреждениях здравоохранения можно отметить следующие проблемы:

1) детализация и обоснование фактической себестоимости медицинских услуг носит рекомендательный характер;

2) калькулирование себестоимости единицы медицинской услуги напрямую зависит от учетной политики конкретного медицинского учреждения, затрудняя сравнительный анализ по отрасли;

3) отсутствует единая экономическая детализация доходных и расходных статей финансово-хозяйственной деятельности в сфере здравоохранения.

Таким образом, с учетом текущего уровня развития информационных технологий для устранения вышеперечисленных проблем следует создать унифицированную систему оперативного мониторинга кассовых расходов на предоставление медицинской помощи по программе ОМС. В случае с учетной политикой медицинских организаций необходимо исходить из имеющихся практик централизации и унификации бухгалтерского учета, предполагающих эксплуатацию прикладной автоматизированной системы (далее – АС). Так, реализация подобной инициативы может быть представлена в виде выполнения последовательных этапов, представленных в таблице 20.

Таблица 20 – Этапы реализации системы мониторинга фактических затрат по медицинским услугам ОМС

Этап	Содержание	Участники
Унификация бизнес-процессов	Формирование и утверждение единых рекомендаций по учету прямых и общехозяйственных затрат для медицинских организаций системы ОМС	Минфин России, Минздрав России, ФОМС
Разработка технического задания	Определение требований к функциональному назначению, составу функций и подсистем АС. Определение требований к нормативно-справочной информации (НСИ), ролевой модели и программно-техническим решениям. Регламент работы и состав комиссии по приемке АС. Расчет стоимости ИТ-проекта	Минцифры России, Минздрав России, ФОМС
Разработка прототипа АС	Реализация работающего прототипа по условиям технического задания. Настройка интеграции с бухгалтерскими и медицинскими информационными системами по заданному формату обмена	Минцифры России, Минздрав России, ФОМС, организация-разработчик
Пилотные испытания	Апробация рабочего прототипа в работе ТФОМС пилотной группы. Доработка АС с учетом обнаруженных ошибок и отклонений от технического задания	Медицинские организации и ТФОМС регионов пилотной зоны, организация-разработчик
Промышленная эксплуатация АС	Приемка АС комиссией в промышленную эксплуатацию. Техническое сопровождение АС. Получение результатов использования функций АС	ФОМС, комиссия по разработке территориальной ПГТ, ТФОМС и медицинские организации

Источник: составлено автором.

Развитие бюджетных инструментов финансового обеспечения деятельности учреждений здравоохранения, предоставляющих медицинскую помощь в рамках ПГТ. В главе 2 настоящего исследования отмечено, что ключевым механизмом доведения бюджетных ассигнований при реализации ПГТ является государственное задание, утверждаемое учредителем подведомственным учреждениям здравоохранения. Важно отметить, что доведение субсидии до учреждения здравоохранения осуществляется, как правило, в ежемесячном режиме на его лицевой счет согласно установленному графику перечисления.

При этом на уровне субъекта Российской Федерации определяются

лимиты ежеквартального перечисления субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания в размере 25% от её годового объема. При этом в нормативных актах не предусмотрена корреляция между объемом перечисляемой субсидии и фактически выполненными показателями задания за отчетный период, что снижает эффективность системы финансового стимулирования при реализации ПГГ [43].

При выполнении государственного задания для учреждений здравоохранения необходимо обеспечивать прямую взаимосвязь между объемами перечисляемой субсидии и фактически оказанными медицинскими услугами. Данная рекомендация предполагает уточнение действующих практик мониторинга фактического выполнения государственного задания, включая переход на ежемесячную периодичность контроля.

Ежемесячное перечисление субсидии следует производить на основе предоставленных медицинскими учреждениями отчетов о выполнении задания за отчетный месяц по формуле (4)

$$S_j = \sum n_i \times K \times v_i - \sum P_i \times v_i, \quad (4)$$

где S_j – сумма перечисляемой субсидии за j -й отчетный месяц;

n_i – базовый норматив финансовых затрат, установленный для i -й государственной услуги (работы);

K – поправочные коэффициенты отраслевого и территориального типа, применяемые к базовому нормативу;

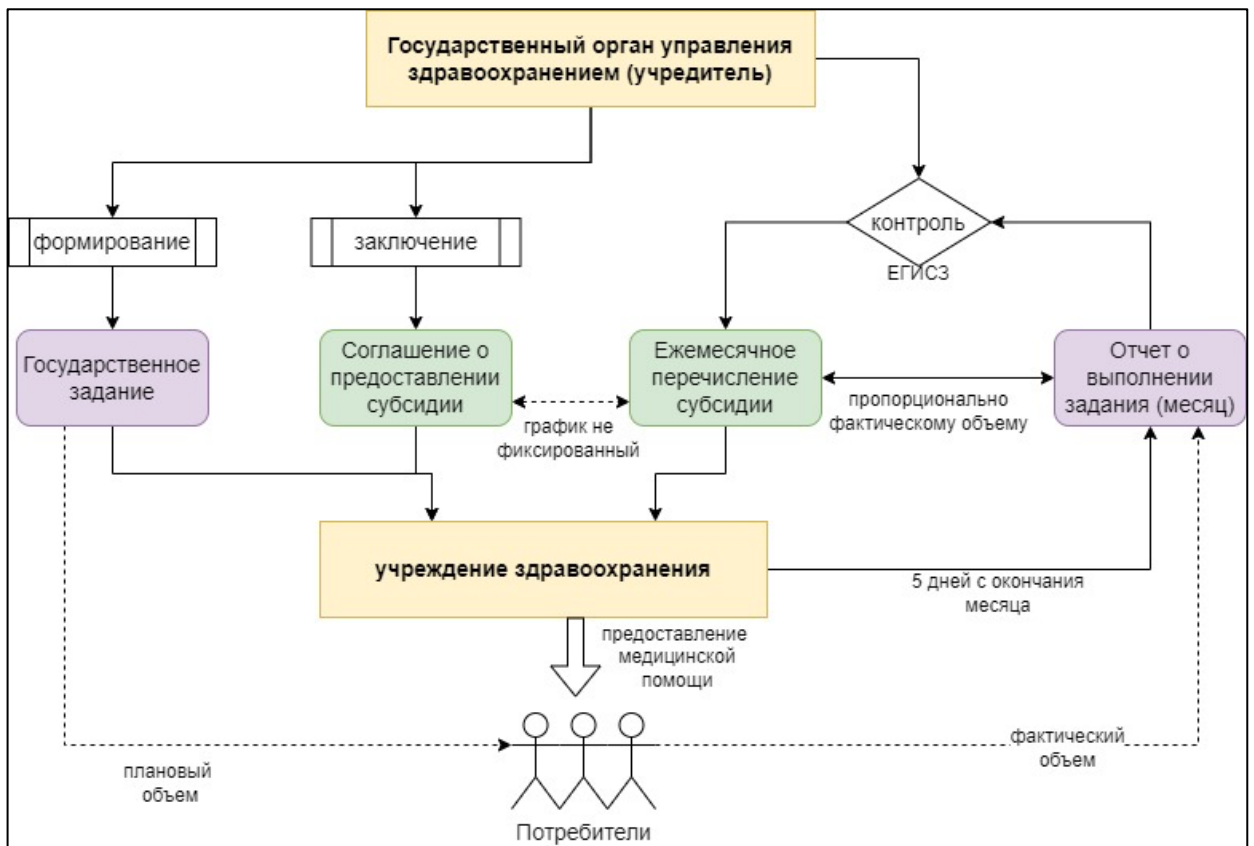
v_i – фактический объем оказания (выполнения) i -й услуги (работы) за отчетный месяц;

P_i – средний размер цены (платы, тарифа) при оказании (выполнении) i -й услуги (работы) на платной основе.

Вместе с тем для снижения финансовых рисков в работе медицинского учреждения перечислять субсидию следует на основе фактического выполнения задания за прошедший месяц по результатам анализа отчетов о его исполнении. Важно подчеркнуть, что оперативный ежемесячный мониторинг по отрасли также потребует применения централизованного ИТ-

инструментария, тесно интегрированного с локальными медицинскими информационными системами. Кроме того, предлагаемый нами вариант оперативного мониторинга фактически оказанных объемов медицинской помощи в рамках госзадания соотносится с декларируемыми направлениями развития региональных сегментов ЕГИСЗ.

Иллюстрация рекомендуемой схемы организации процессов ежемесячного субсидирования за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках ПГГ представлена на рисунке 17.



Источник: составлено автором.

Рисунок 17 – Блок-схема перечисления субсидии за фактические объемы медицинской помощи по государственному заданию

Реализация предложенной схемы перечисления субсидии позволит учитывать достигнутые медицинским учреждением показатели и своевременно реагировать на отклонения от целевых показателей при выполнении ПГГ. Кроме того, внедрение оперативного ежемесячного мониторинга выполнения показателей госзаданий при реализации ПГГ повысит прозрачность в рамках применения инструмента субсидии на

финансовое обеспечения выполнения государственного задания.

Однако, кроме механизма бюджетного финансирования в рамках госзадания на финансовую устойчивость медицинских учреждений также оказывают влияние целевые субсидии учредителя, которые напрямую не связаны с нормативными затратами на выполнение госзадания, субсидии на иные цели. На практике данный инструмент используется органами управления в сфере здравоохранения в качестве источника финансового обеспечения расходов на приобретение медицинского оборудования. Кроме того, данный инструмент субсидирования может использоваться и для финансового покрытия прочих ненормативных затрат медицинских учреждений, предусмотренных нормативными актами субъекта Российской Федерации: доплаты по заработной плате, приобретение мягкого инвентаря, текущего ремонта, модернизации систем видеонаблюдения, установка элементов доступной среды и проч.

Следует отметить, что предоставление целевых субсидии осуществляется учредителем на основании полученного от медицинского учреждения финансово-экономического обоснования в рамках внутриведомственного документооборота, что может приводить к субъективизму при принятии управленческих решений [74]. При этом территориальные фонды ОМС не наделены правом согласующих действий по вопросам субсидирования инвестиционных расходов, затрагивающих проектные мощности медицинской организации.

Для эффективного развития инструмента субсидий на иные цели в сфере здравоохранения необходимо выполнение следующих мероприятий:

- 1) разграничение в рамках бюджетных классификаторов субсидий на иные по характеру использования на операционные и инвестиционные;
- 2) формирование единых федеральных требований к нормативным актам субъектов Российской Федерации, определяющим порядок предоставления целевых субсидий, включая требования к унифицированным формам отчетов и соглашений;

3) предоставление субсидий на иные цели в формате конкурсного отбора с использованием централизованных ИТ-сервисов;

4) привлечение территориальных фондов ОМС к работе по распределению целевых субсидий инвестиционного назначения через механизм согласования.

Расширение источников финансового обеспечения медицинской помощи в пределах ПГГ. Мировая практика последних 30-40 лет свидетельствует о нарастании кризиса в экономике социальной сферы, связанного с постоянно увеличивающимся спросом граждан на социально-значимые услуги в условиях ограниченности государственных финансовых ресурсов. В результате новый общественный договор все чаще подразумевает возможность прямого финансового участия граждан в оплате востребованных социально-значимых благ. В частности, возрастающая потребность населения в услугах здравоохранения неизбежно приводит к необходимости расширения платного медицинского обслуживания [88]. При этом бесконтрольная «коммерциализация» медицинской помощи противоречит принципам медицинской этики и требует своевременного государственного регулирования.

Зарубежная практика демонстрирует активное развитие института платных медицинских услуг в контуре государственных программ медицинского страхования [121]. Анализ, проведенный в главе 2 исследования, свидетельствует о том, что дальнейшее масштабирование услуг отечественного здравоохранения не может ограничиваться только средствами ПГГ в связи с наличием объективных лимитов финансирования.

Дополнительным источником финансового обеспечения медицинской помощи при реализации ПГГ может стать механизм соплатежей населения, успешно применяемый в зарубежной практике для частичного покрытия стоимости медицинских услуг в системе государственного медицинского страхования. Как правило, механизм соплатежей населения включается в виде фиксированного взноса (например, как ежегодная франшиза на медицинские

расходы в Нидерландах) или доплаты за оказанную медицинскую услугу (например, как доплата за один койко-день в стационаре во Франции).

Важно отметить, что система ОМС при внедрении механизма соплатежей сохраняет главенствующую роль для финансирования медицинской помощи. Вместе с тем частичная оплата пациентами медицинской услуги позволяет, с одной стороны, повысить финансовую ответственность граждан при обращении за медицинской помощью, с другой стороны, создать дополнительные финансовые стимулы учреждениям здравоохранения для повышения качества предоставляемой медицинской помощи в рамках ПГГ.

В российской системе ОМС наиболее предпочтительным сценарием внедрения соплатежей населения является установление рекомендуемой границы процентных ставок (например, от 5% до 15%) по отношению к утвержденному тарифу ОМС в амбулаторных и/или стационарных условиях. Предложенный нами вариант позволяет за счет незначительного размера соплатежа повысить не только дополнительные финансовые возможности для медицинских организаций, но также создает условия на дальнейшего развития конкурентной среды при реализации ПГГ.

Как показывает зарубежный опыт, соплатежи при оказании медицинской помощи позволяют улучшить качество клиентских сервисов здравоохранения в связи с вовлечением граждан в прямое софинансирование медицинских услуг [76]. Кроме того, у медицинских работников также появляется дополнительный финансовый стимул для оказания медицинской помощи в формате качественной сервисной модели.

Учитывая социальную значимость сферы здравоохранения для населения, инструментарий соплатежей при оказании медицинской помощи целесообразно дополнить мерами адресной финансовой поддержки социально незащищенных групп населения для сохранения доступности медицинской помощи в рамках ПГГ. В частности, для обеспечения адресной поддержки можно использовать механизм публичных нормативных обязательств перед

физическими лицами, относящимися к льготным категориям граждан (инвалиды, пенсионеры, безработные и др.).

Другим источником дополнительного финансового обеспечения медицинской помощи в рамках ПГГ могут выступать страховые продукты на основе добровольного медицинского страхования (далее – ДМС). На практике рынок ДМС в Российской Федерации динамично развивается и сосредоточен преимущественно на клиентах из корпоративного сектора через реализацию страховых программ с необходимым страховым покрытием (деPOSITным или рисковым).

Зарубежный опыт также свидетельствует о том, что программы ДМС могут стабильно развиваться даже в странах с развитой системой ОМС по мере увеличения доли платежеспособного населения [114; 121]. Особенностью отечественного рынка ДМС является функционирование в условиях низкой покупательной способности населения и повторения большинства медицинских услуг, включенных в программы ОМС. В результате оплата полисов ДМС в рамках личного страхования слабо развита и ключевым драйвером роста становятся корпоративные программы ДМС.

Другой особенностью российского ДМС является ограниченный перечень провайдеров медицинской помощи в большинстве регионов страны, а также концентрация основной массы застрахованных лиц в наиболее крупных мегаполисах (Москва, Санкт-Петербург). По данным Центрального банка, рынок ДМС в нашей стране активно развивается и за последние 5 лет его емкость увеличилась на 52,6% (в 2017 г. – 140 008,0 млн руб.; в 2022 г. – 213 702,2 млн руб.), что подтверждает востребованность финансового покрытия рисков, связанных с диагностикой и лечением различных заболеваний [132].

В результате для развития российского рынка ДМС как инструмента, дополняющего государственные гарантии бесплатной медицинской помощи, необходимо:

- снизить число административных барьеров для привлечения

учреждений здравоохранения к работе с программами ДМС;

- государственная финансовая поддержка программ ДМС, связанных с лечением хронических заболеваний;
- комбинирование продуктов ДМС с базовой программы ОМС в отношении профилактических видов медицинской помощи;
- государственное субсидирование продуктов ДМС, нацеленных на предоставление телемедицинских услуг гражданам, проживающим в сельской местности;
- стимулирование компаний с государственным участием к приобретению корпоративных продуктов ДМС;
- предоставление налоговых преференций для субъектов малого и среднего предпринимательства, подключенных к корпоративным программам ДМС.

Следовательно, выполнение вышеуказанных мероприятий будет способствовать усилению позиций ДМС в сфере отечественного здравоохранения, что позволит расширить источники финансового обеспечения медицинской помощи за пределами ПГГ и повысить финансовую устойчивость государственных учреждений здравоохранения, реализующих программы ДМС. В результате увеличение поступлений от системы ДМС должно оказать положительно влияние на создание альтернативных каналов предоставления качественной медицинской помощи за рамками ПГГ.

По итогам проведенного анализа можно отметить, что модернизация финансового обеспечения ПГГ должна учитывать не только финансовые аспекты, но также организационные и отраслевые особенности реализации ПГГ [38]. Вместе с тем возрастающая потребность в медицинской помощи со стороны населения обязывает государства активно развивать дополнительные источники финансирования ПГГ и создавать благоприятные экономические условия для интеграции коммерческого сектора с государственной системой здравоохранения.

При этом в научных публикациях исследователи часто затрагивают

вопросы, связанные с возможными направлениями развития финансового обеспечения ПГГ и сферы здравоохранения. Так, ряд исследователей (Гришин В.В., Рагозин А.В., Ицелев А.А., Глазунова С.А.) для решения проблемы дефицита финансовых ресурсов ПГГ предлагает внести существенные изменения в систему налогообложения для финансового обеспечения ПГГ, включая отмену страховых взносов ОМС за работающее население с установлением целевой надбавки к налогу на добавленную стоимость, а также отмену страховых взносов ОМС за неработающее население с установлением регионального налога с продаж [47].

С.В. Шишкин основной акцент при развитии программ ОМС делает на решении противоречия между дальнейшим усилением административного регулирования и развитием рыночных принципов организации ОМС. В частности, для решения проблем ухудшения финансовой устойчивости системы ОМС в краткосрочной перспективе он рассматривает возможность дополнения или замещение со стороны государства институтов общественного и рыночного регулирования системы ОМС [111].

При этом отдельные исследователи (Аксенова Е.И., Вортон Дж., Вошева Н.А. и другие) основное внимание при развитии финансового обеспечения медицинской помощи уделяют вопросам повышения сопротивляемости системы здравоохранения экономическим кризисам. Так, для сохранения сбалансированности между обязательствами по государственным гарантиям бесплатной медицинской помощи и финансовыми ресурсами ПГГ предлагаются такие меры как: совершенствование нормативной правовой базы для целей адаптации к кризисному состоянию; комплексная государственная поддержка цифровизации сферы здравоохранения; повышение значимости профессии врача; перераспределение пациентопотоков со стационарного звена на амбулаторное звено медицинской помощи [24]. Предлагаемые меры, по мнению исследователей, должны в долгосрочной перспективе обеспечить устойчивость национальной системы здравоохранения и сопротивляемости

будущим экономическим кризисам.

При этом особенностью предлагаемых нами направлений развития финансового обеспечения медицинской помощи является фокусировка на практическом контуре реализации ПГГ и системном характере обозначенных модернизационных мероприятий. Так, предлагаемые нами комплекс практических рекомендаций относится к основным элементам планирования и реализации ПГГ, включая оптимизацию тарифной политики в сфере ОМС, методологическую базу финансового планирования показателей ПГГ, развитие дополнительных источников финансирования базовой программы ОМС и совершенствование бюджетных инструментов финансового обеспечения учреждений здравоохранения.

По итогам проведенного исследования в параграфе предложен комплекс рекомендаций по совершенствованию финансового обеспечения ПГГ, включающий: развитие методологических основ финансового планирования показателей ПГГ в целях перехода к превентивному здравоохранения; оптимизация тарифной политики и процедур финансового контроля в сфере ОМС; развитие бюджетных инструментов финансового обеспечения деятельности учреждений здравоохранения, предоставляющих медицинскую помощь в рамках ПГГ; расширение источников финансового обеспечения медицинской помощи в пределах ПГГ.

3.2 Модель оперативного управления финансовыми ресурсами государственных учреждений здравоохранения

На текущем этапе ПГГ в сфере отечественного здравоохранения остается основанием для финансового обеспечения основных видов медицинской помощи. Вместе с тем большинство медицинских организаций представлено государственными учреждениями, подчиненными региональным органам управления здравоохранением. Таким образом, стоимостные параметры ПГГ напрямую влияют на показатели финансовой устойчивости государственных учреждений здравоохранения.

Следует отметить, что начиная с 2013 года в функционировании сети подведомственных учреждений здравоохранения увеличивается число реорганизационных мероприятий посредством укрупнения государственных медицинских учреждений. Результатом подобных реорганизаций становится централизация медицинской помощи на уровне укрупненных медицинских комплексов, что негативно сказывается на конкурентной среде при реализации базовой программы ОМС. При этом финансовое обеспечение медицинской деятельности, осуществляемой укрупненным учреждением здравоохранения, значительно усложняется в связи с увеличением размеров финансирования и расширением числа финансовых транзакций. В результате первоочередной задачей в условиях укрупнения государственных учреждений здравоохранения, предоставляющих медицинскую помощь в рамках территориальной ПГГ, становится комплексное развитие применяемых практик управления финансовыми ресурсами учреждения как одно из базовых условий повышения эффективности финансового обеспечения ПГГ.

Важно подчеркнуть, что возможности финансового менеджмента на уровне государственного учреждения здравоохранения ограничены предельными объемами финансового обеспечения, определяемыми комиссией по разработке территориальной ПГГ. Следовательно, для повышения эффективности финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи важно акцентировать внимание на оперативном уровне управления финансово-хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения, являющегося провайдером медицинской помощи в рамках ПГГ.

В результате дальнейшее развитие финансового обеспечения ПГГ для целей повышения доступности бесплатной медицинской помощи будет связано с разработкой модели оперативного управления финансовыми ресурсами учреждения здравоохранения. Важно отметить, что выбор оперативного уровня управления обусловлен наличием централизованной системы управления подведомственной сетью учреждений здравоохранения, при которой в полномочия руководства данных учреждений при управлении

финансовыми ресурсами входит решение проблем преимущественно операционного характера.

В научных публикациях модель как конструируемый образ исследуемого объекта принято рассматривать на основе всестороннего изучения объекта и выявления его существенных характеристик [52]. Широкое применение метода моделирования в экономике объясняется возможностью четко описывать и детерминировать (предписывать) требуемые результаты. При этом в контексте финансового менеджмента построение моделей позволяет прогнозировать состояния экономического субъекта, снижая риски системного и несистемного характера.

Выявленные в главе 2 данного исследования финансовые проблемы отечественного здравоохранения требуют при построении моделей управления финансовыми ресурсами учреждений здравоохранения особое внимание уделить вопросам влияния различных факторов на экономические результаты медицинской деятельности. В этой связи для обеспечения результативности использования финансовых ресурсов ПГГ объектом разрабатываемой модели должны стать показатели финансово-хозяйственной деятельности медицинских учреждений и влияющие на них бизнес-процессы.

Для адаптации разрабатываемой модели к практике ведения финансово-хозяйственной деятельности целесообразно выделить описательную и предписывающую части. Так, описательная часть должна отражать вариативную эконометрическую модель, позволяющую оценить воздействие поступлений бюджетных и внебюджетных средств на показатели, характеризующие экономическое состояние учреждений здравоохранения. При этом предписывающая часть модели должна обеспечить развитие операционных процессов при управлении финансовыми ресурсами через эконометрическое моделирование описательной части.

Описательный контур разрабатываемой модели должен учитывать операционную финансовую проблематику посредством моделирования взаимоувязанных финансово-экономических показателей. Так, к основным

задачам описательной части модели управления финансовыми ресурсами государственных учреждений здравоохранения можно отнести:

- 1) Анализ краткосрочного и долгосрочного финансового положения медицинских организаций, реализующих ППГ.
- 2) Определение ключевых медико-экономических метрик с описанием методики расчета.
- 3) Выявление рисков и угроз, способных оказать критическое влияние на финансовую устойчивость медицинских учреждений.

В состав входящих параметров описательной части модели представляется целесообразным включить основные бизнес-процессы по ведению финансово-хозяйственной деятельности (далее – ФХД) учреждения здравоохранения, отнесенные к объектам финансового моделирования. Взаимосвязь между данными бизнес-процессами (объектами моделирования) и задействованными в них участниками представлена в таблице 21.

Таблица 21 – Взаимосвязь объектов финансового моделирования и участников

Объект моделирования	Участники
Планирование финансовых поступлений и выплат	Финансово-экономическая служба учреждения Учредитель Страховые медицинские организации ТФОМС Финансовый орган
Осуществление кассовых операций	Бухгалтерия учреждения Финансово-экономическая служба учреждения УФК по региону Страховые медицинские организации ТФОМС Финансовый орган Учредитель
Финансовое сопровождение закупок	Контрактная служба учреждения Планово-экономическая служба учреждения Государственные органы по конкурентной политике ФАС России
Финансовое стимулирование медицинских работников	Медицинские работники Немедицинские работники Кадровая служба Руководство учреждения ТФОМС Учредитель Высший орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации

Источник: составлено автором.

Далее каждый из предлагаемых объектов моделирования будет рассматриваться в контексте исследуемых показателей и их влияния на

финансовую устойчивость учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь в рамках ПГГ.

Объект моделирования «Планирование финансовых поступлений и выплат». В соответствии с общими требованиями Минфина России при планировании показателей ФХД бюджетными и автономными учреждениями следует использовать балансовый метод [13]. В результате расходы медицинских учреждений при построении модели должны быть сбалансированы в рамках текущего плана финансово-хозяйственной деятельности.

Проверка соответствия сбалансированности по i -му виду финансового обеспечения может быть представлена в виде простой математической формулы (5)

$$\Phi P_i = (Ovx_i - Oвзт_i) + \Phi O_i - \sum Z_n, \quad (5)$$

где ΦP_i – финансовый результат по i -му виду финансового обеспечения;

Ovx_i – входящий остаток финансовых средств;

$Oвзт_i$ – сумма возврата остатка средств в доход бюджета;

ΦO_i – предельный объем по i -му виду финансового обеспечения;

Z_n – объем плановых или фактических затрат по n -й статей.

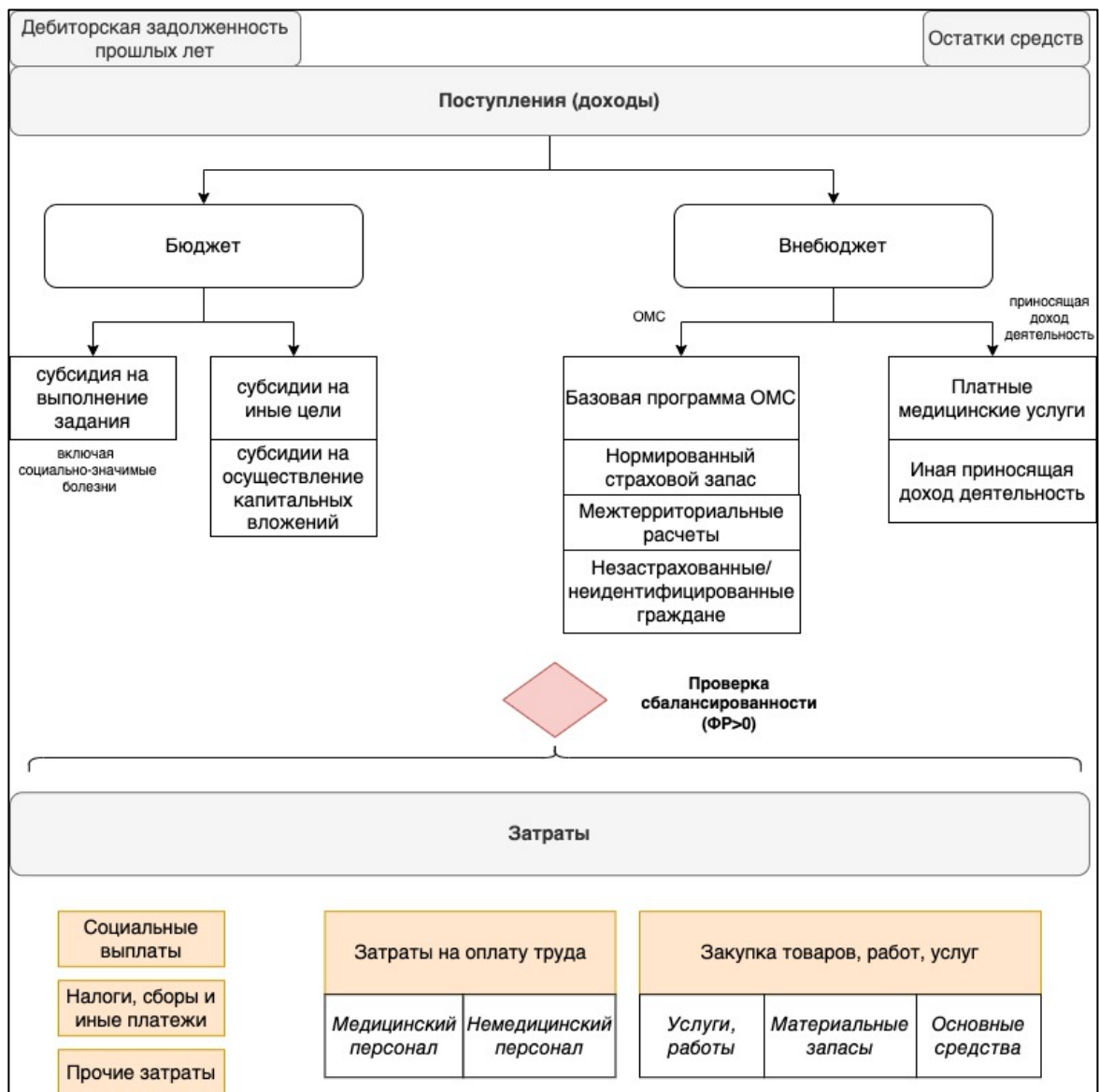
В перечень входящих параметров описательной модели по плановым доходам и расходам государственного учреждения здравоохранения включены следующие показатели:

- входящие остатки;
- плановые поступления (по видам финансового обеспечения);
- плановые расходы (по статьям/подстатьям КОСГУ);
- финансовый результат (остаток на конец года).

Таким образом, о несбалансированности финансовых поступлений может свидетельствовать состояние модели, при которой финансовый результат является отрицательным ($\Phi P_i < 0$). Например, наличие положительного остатка по внебюджетной деятельности (средства ОМС или

приносящая доход деятельность) характеризует наличие у медицинского учреждения определенного запаса финансовой прочности. Вместе с тем плановый отрицательный остаток по любому из источников финансирования ($ФР_i < 0$) будет свидетельствовать о финансовой необеспеченности расходов учреждения здравоохранения.

Взаимосвязь параметров описательной части модели при комплексном анализе финансовых поступлений и выплат учреждения здравоохранения приведена на рисунке 18.



Источник: составлено автором.

Рисунок 18 – Схема взаимосвязи поступлений и выплат в рамках финансово-хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения

Объект моделирования «Осуществление кассовых операций по

расходам». Анализ фактических (кассовых) расходов медицинских учреждений имеет ключевое значение для своевременного исполнения обязательств по реализации ППГ и качества финансового менеджмента.

В рамках данного блока модели предлагаем рассмотреть следующие аспекты финансово-хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения:

- постатейный мониторинг кассовых выплат в рамках заданной структуры затрат;
- учет оказанных медицинских услуг (укрупненный или детализированный) при осуществлении кассовых выплат;
- анализ свободного (доступного) остатка плановых назначений по заданной структуре затрат.

Мониторинг кассовых операций по статьям (подстатьям) затрат предполагает использование на уровне учетных политик медицинских учреждений единой структуры затрат, учитывающей отраслевые особенности сферы здравоохранения. Например, вместо укрупненной статьи КОСГУ 211 «Заработная плата» представляется целесообразным использовать детализированные субсчета КОСГУ по категориям медицинского персонала: 211.1 «Заработная плата врачей», 211.2 «Заработная плата среднего медицинского персонала», 211.3 «Заработная плата младшего медицинского персонала».

Вместе с тем фактическое расходование средств учреждений здравоохранения не соотносится с основными направлениями оказания медицинских услуг, что усложняет принятие решений в рамках финансового менеджмента [42]. При проведении кассовых операций сумма выплаты не маркируется даже по условиям оказания медицинской помощи (стационар, поликлиника и др.), то есть возмещается из неделимого источника ОМС.

Учитывая многообразие детализированных медицинских услуг в сфере ОМС предлагаем при осуществлении кассовых выплатах использовать укрупненные направления финансовых поступлений согласно актуальному

протоколам заседаний комиссий по разработке территориальной ПГГ. Так, по результатам проведенного нами анализа указанных протоколов территориальных ПГГ по регионам Центрального федерального округа России за 2018-2021 гг., можно выделить следующие базовые маркеры затрат:

- круглосуточный стационар;
- дневной стационар;
- амбулаторно-поликлиническая помощь (подушевой норматив);
- амбулаторно-поликлиническая помощь (за оказанные услуги);
- скорая медицинская помощь;
- высокотехнологичная медицинская помощь;
- перитониальный диализ;
- гемодиализ;
- экстракорпоральное оплодотворение.

Так как основной задачей финансового менеджмента является недопущение кассовых разрывов, приводящих к просроченной кредиторской задолженности и значительно ухудшающих финансовую стабильность учреждения здравоохранения, в блоке осуществления кассовых выплат необходимо предусмотреть план-фактный анализ свободного (доступного) остатка финансовых средств с учетом следующих показателей:

- плановые затраты на i -ю статью ($Z_i^{\text{план}}$);
- кассовые выплаты по i -й статье ($Z_i^{\text{факт}}$);
- плановые поступления по j -му источнику ($\Phi O_j^{\text{план}}$);
- фактические поступления по j -му источнику ($\Phi O_j^{\text{факт}}$).

Особенностью операционного управления финансово-хозяйственной деятельностью в государственных учреждениях здравоохранения является разделение затрат на плановые и фактические (кассовые) в пределах одного финансового года [53]. Таким образом, расчет доступного остатка должен определяться как разница между объемом плановых затрат ($Z_i^{\text{план}}$) и суммой произведенных кассовых выплат по i -й статье/подстатье затрат ($Z_i^{\text{факт}}$).

Доступный кассовый остаток предоставляет менеджменту информацию о возможности или невозможности осуществления кассовых выплат исходя из имеющихся остатка.

В итоге описательная часть модели для осуществляется кассовых выплат должна учитывать следующие условия:

- 1) $Z_i^{\text{план}} - Z_i^{\text{факт}} \geq 0;$
- 2) $\Phi O_j^{\text{факт}} - \sum Z_i^{\text{факт}} \geq 0;$
- 3) $\Phi O_j^{\text{план}} \geq Z_i^{\text{план}}.$

Объект моделирования «Финансовое сопровождение закупочной деятельности». При операционном управлении финансовыми ресурсами важное значение приобретают процессы сопровождения закупочной деятельности, осуществляемой учреждением здравоохранения для предоставления медицинской помощи в рамках ПГГ. На сегодняшний нормативно-правовой основой для организации закупок товаров, работ и услуг для государственных и муниципальных нужд нормативного регулирования процессов является Федеральная контрактная система (далее – ФКС). Так, нормами ФКС на уровне учреждения здравоохранения регламентируются процессы планирования и проведения закупок, включая последующее исполнение заключенных контрактов [3].

Вместе с тем ФКС предусмотрено планирование закупок только после утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности государственного учреждения, снижая финансовые риски проведения закупочных процедур. На практике медицинские учреждения вначале утверждают план-график закупок на очередной год и далее планируют показатели ФХД [62]. Подобная практика приводит к нарушению процессов финансового сопровождения контрактных отношений и увеличению просроченной кредиторской задолженности. Также следует отметить, что жизненный цикл закупки предполагает необходимость резервирования финансовых средств по соответствующей статье уже на этапе планирования данной закупочной процедуры.

Описание предлагаемой модели для финансового сопровождения закупочной деятельности медицинского учреждения приведено в таблице 22.

Таблица 22 – Форма мониторинга свободных остатков финансовых средств, доступных для контрактации

Наименование статьи затрат (закупки), бюджетная классификация	Плановые затраты	Сумма заключенных контрактов	Сумма фактически оплаченных контрактных обязательств	Сумма планируемых к заключению контрактов	Свободный остаток
Группа затрат «Материальные запасы медицинского назначения»					
Пример «341. Лекарственные препараты»	–	–	–	–	–
Группа затрат «Материальные запасы немедицинского назначения»					
Пример «343. Горюче-смазочные материалы»	–	–	–	–	–
Группа затрат «Приобретение медицинского оборудования»					
Пример «310. Медицинское оборудование»	–	–	–	–	–
Группа затрат «Приобретение немедицинского оборудования»					
Пример «310. Мебель общехозяйственного назначения»	–	–	–	–	–
Группа затрат «Коммунальные услуги»					
Пример «223. Электроэнергия»	–	–	–	–	–
Группа затрат «Содержание имущества»					
Пример «225. Уборка помещений»	–	–	–	–	–
Группа затрат «Услуги связи»					
Пример «221. Интернет»	–	–	–	–	–
Группа затрат «Транспортные услуги»					
Пример «222. Доставка грузов»	–	–	–	–	–
Группа затрат «Прочие»					
Пример «347. Материальные запасы для целей капитального вложения»	–	–	–	–	–
Всего	–	–	–	–	–

Источник: составлено автором.

Исходя из вышеизложенного при построении описательной части модели важно учитывать следующие показатели:

- 1) размер плановых затрат по *i*-й статье, предусмотренных для финансового обеспечения закупочной процедуры;
- 2) объем контрактов и договоров, заключенных учреждением и отнесенным к *i*-й статье плановых затрат;
- 3) объем контрактов и договоров, оплаченных учреждением и отнесенным к *i*-й статьей затрат;

4) объем контрактов и договоров, планируемых к заключению учреждением в рамках *i*-й статьи плановых затрат;

5) свободный остаток, доступный для контрактации.

Объект моделирования «управление финансовым стимулированием медицинских работников». Практика составления и исполнения планов ФХД показывает, что расходы на оплату труда занимают значительную долю (70-90%) в общей структуре расходов любого учреждения здравоохранения. Медицинские работники, принимающие участие в непосредственном предоставлении медицинской помощи, являются главным производительным ресурсом системы здравоохранения. Таким образом, структура и размер фонда оплаты труда персонала оказывает прямое влияние на медицинские мощности медицинского учреждения.

Важно отметить, что действующая система выплат медицинским работникам представляет собой результат нормативных преобразований, инициированных правительственной программой по поэтапному переходу к «новой системе оплаты труда» [12]. В частности, новая система оплаты труда предлагает три базовых вида выплат медицинскому персоналу в учреждении здравоохранения: должностной оклад, компенсационные и стимулирующие выплаты [87].

При этом в основе новой системы трудовых отношений с медицинскими работниками лежит механизм эффективного контракта, при котором в трудовой договор с медицинским работником включают показатели и критерии оценки эффективности его трудовой функции, влияющие на стимулирующую (премиальную) часть оплаты труда [54]. При этом окладная и компенсационная части фонда оплаты труда жестко фиксируются текущей штатной расстановкой медицинского учреждения и не могут быть объектом рассматриваемого финансового моделирования.

В итоге для финансового распределения остается только мотивационная часть заработной платы врачебного и сестринского персонала, которая может напрямую коррелироваться с достигнутыми показателями эффективности

труда за отчетный период. С учетом сложившихся практик организации стимулирующих выплат наиболее простой формой математического выражения критериев эффективности является столбальная шкала оценки. Вместе с тем при расчете объема стимулирующей части фонда оплаты труда медицинских работников в рамках описательной части рассматриваемой модели представляется целесообразным применять методику, характеристика которой представлена в таблице 23.

Таблица 23 – Типы критериев и методика оценки эффективности медицинского работника

Тип	Методика расчета	Пример
Диапазонный	От 2 до 10 диапазонов оценки. В рамках одного диапазона оценки устанавливается фиксированное количество баллов. Для первого диапазона кол-во баллов равно 0, а для последнего диапазона количество баллов равно максимальному кол-ву баллов по критерию	Критерий «Наличие нарушений в медицинской отчетности» (максимум 30 баллов). Диапазон №1: «0 нарушений», достигнутый показатель 30 баллов Диапазон №2: «От 1 до 3 нарушений», достигнутый показатель = 20 баллов Диапазон №3: «От 3 до 5 нарушений», достигнутый показатель = 10 баллов» Диапазон №4: «Более 5 нарушений», достигнутый показатель = 0 баллов
Экспертный	От 0% до 100% Максимальное кол-во баллов умножается на достигнутый процент	Критерий «Соответствие выполняемых процедур требованиям порядков, стандартов и протоколов лечения» (максимум 40 баллов). Работа медицинской сестры оценена непосредственным руководителем на 80%, тогда достигнутый показатель будет равен: $40 \cdot 80\% = 32$ балла

Источник: составлено автором.

Следует отметить, что для руководства учреждения здравоохранения с учетом ограниченности финансовых ресурсов становится актуальной задача по переводу полученной балльной оценки в денежное выражение. Для упрощения расчетных процедур при определении стимулирующей части фонда оплаты труда медицинских работников представляется целесообразным использование следующих методов:

— Первый метод: выплаты стимулирующего характера рассчитываются на основе установленного процента к должностному окладу.

— Второй метод: выплаты стимулирующего характера рассчитываются на основе установленного размера цены за один балл.

При первом способе базой для расчёта становится должностной оклад для i -го медицинского работника (O_i), с учетом которого размер стимулирующей выплаты (C_i) определяется по формуле (6)

$$C_i = K_{\text{отч}} * O_i * \frac{\sum KI_j^{\text{факт}}}{\sum KI_j^{\text{план}}}, \quad (6)$$

где $K_{\text{отч}}$ – коэффициент отработанного рабочего времени за отчетный период, определяемый как отношение фактически отработанных часов к нормативной (плановой) величине трудочасов;

$KI_j^{\text{факт}}$ – фактическая (достигнутая) балльная оценка по j -й критерию эффективности;

$KI_j^{\text{план}}$ – максимальной возможная оценка по j -му критерию эффективности.

При втором способе размер стимулирующей выплаты должен зависеть от количества фактически полученных сотрудником баллов по критериям эффективности и рассчитываться по формуле (7)

$$C_i = K_{\text{отч}} \times (C_{\text{балл}} \times K_{\text{знач}}) \times \sum KI_j^{\text{факт}}, \quad (7)$$

где $C_{\text{балл}}$ – цена одного балла по критериям эффективности;

$K_{\text{знач}}$ – коэффициент значимости оцениваемой должности.

Наиболее гибким для финансового менеджмента учреждения здравоохранения является второй способ, при котором удобнее рассчитывать и распределять лимиты стимулирующей части фонда оплаты труда по структурным подразделениям исходя из стоимости одного балла. При данном подходе важно установить коэффициенты значимости с учетом действующей штатной иерархии должностей в рамках структурного подразделения (например, санитарка – 1; медицинская сестра – 2; старшая медицинская сестра 2,5; врач-невролог – 3; заведующий неврологическим отделением – 4).

В результате фактическая цена балла для структурного подразделения может быть рассчитана по формуле (8)

$$C_{\text{балл}} = \frac{L_{\text{план}}}{\sum_{n=1} KI_n^{\text{макс}} \times K_n^{\text{знач}}}, \quad (8)$$

где $L_{\text{план}}$ – плановый лимит стимулирующих выплат для структурного подразделения;

$KI_n^{\text{макс}}$ – максимальная оценка по всем критериям эффективности для n -й должности;

$K_n^{\text{знач}}$ – коэффициент значимости для n -й должности.

При этом экономия финансовых ресурсов, образовавшаяся в результате недостижения сотрудниками n -го отделения больницы/поликлиники критериев эффективности в полном объеме, может быть дополнительно распределена между другими подразделениями, которые обеспечили более высокие результаты.

Апробация предлагаемых нами параметров описательной части модели в рамках финансового стимулирования медицинских работников осуществлялась на базе государственного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая больница № 1 им. Н.А. Алексеева». Так, при расчете балльной оценки для определения стимулирующей части оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала использовалось разделение на экспертный и диапазонный тип. Кроме того, для определения стимулирующей части фонда оплаты труда применялся расчет цены одного балла на основе установленного планового лимита и коэффициента значимости по должностям.

Таким образом, рассмотренные выше объекты моделирования в предлагаемом контуре описательной части напрямую затрагивают вопросы операционного финансового управления, влияющие на эффективность финансового обеспечения медицинской помощи при реализации ПГГ. Вместе с тем дальнейшая разработка предписывающей части модели должна обеспечить решение конкретных управленческих задач, сгруппированных с учетом объектов моделирования описательной части.

Предписывающая часть модели операционного финансового управления должна обеспечить финансовое сопровождение управленческого процесса на основе взаимоувязанных интегральных показателей. При этом для

проведения комплексной оценки необходимо включать в анализ не только негативные, но и позитивные факторы, влияющие на параметры финансового обеспечения медицинской помощи. Кроме того, построение предписывающего контура модели операционного финансового управления предполагает учет факторов конкурентоспособности медицинской организации на рынке ОМС.

Для решения обозначенных задач представляется целесообразным использовать методику SNW-анализа (англ. «Strength» - сильная позиция, «Neutral» - нейтральная позиция, «Weakness» - слабая позиция), которая демонстрирует высокую эффективность при анализе экономического состояния организации в условиях конкурентного рынка. Практическая значимость SNW для финансового менеджмента заключается в определении факторов сохранения конкурентоспособности посредством оценки текущего ресурсного потенциала организации [34]. Выбор SNW для построения предписывающей модели в рамках настоящей работы также продиктован необходимостью оценки факторов по среднерыночному (нейтральному) состоянию, которое не рассматривается в альтернативных управленческих методах (например, SWOT-анализ, PEST-анализ). Следовательно, качество SNW-анализа при формировании модели оперативного управления финансовыми ресурсами учреждения здравоохранения должно определяться не только составом выбранных факторов, но и методикой определения их позиции (сильной, нейтральной или слабой).

Так, рассмотренные выше объекты моделирования по финансовому планированию, осуществлению кассовых операций и закупочной деятельности будут определять факторы для оценки позиции учреждения здравоохранения, предоставляющего медицинскую помощь в рамках ППГ. Вместе с тем финансовое стимулирование работников учреждений здравоохранения должно быть взаимоувязано с оценкой позиций по эффективности трудовой функции.

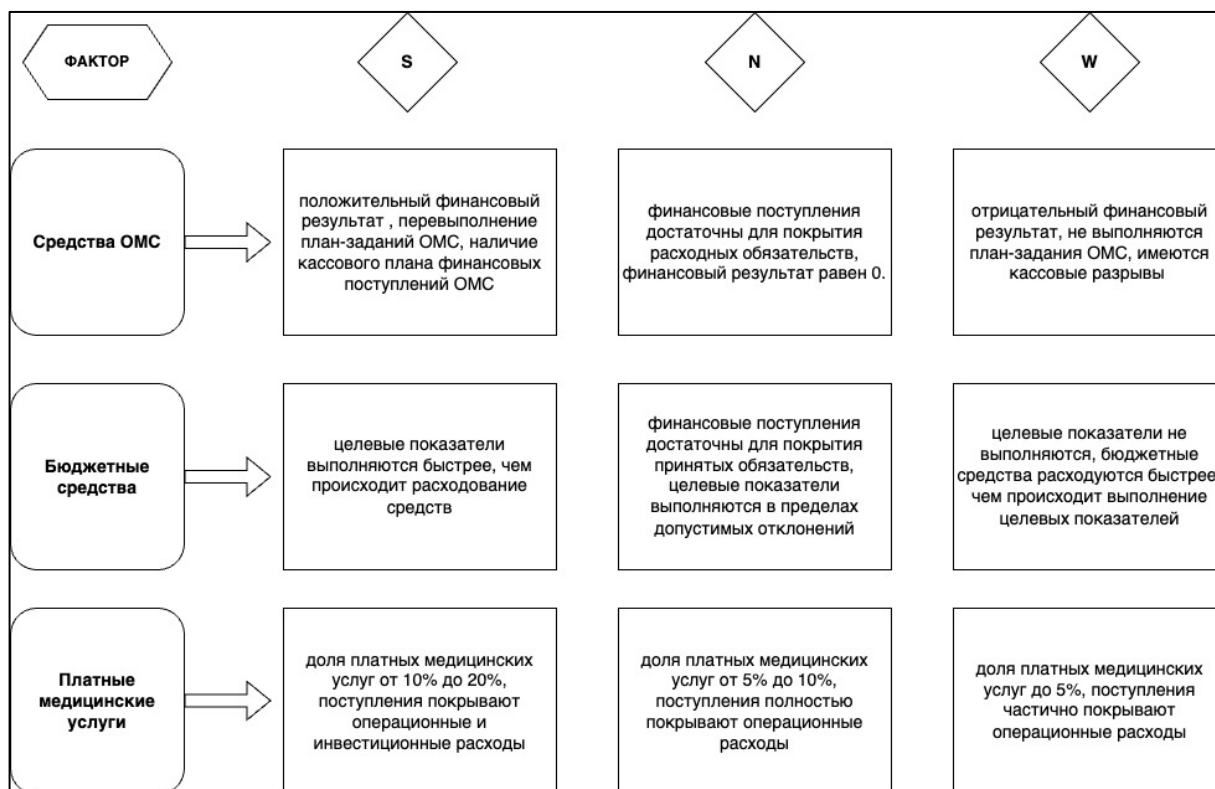
При этом все рассмотренные объекты моделирования напрямую влияют

не только на финансовые показатели, но и на медицинские результаты деятельности учреждения здравоохранения. Следовательно, структуру разрабатываемого SNW-анализа представляется целесообразным дополнить факторами, определяющие эффективность предоставляемой медицинской помощи.

В результате для комплексной оценки позиций учреждения здравоохранения в формате SNW-анализа можно выделить следующие группы факторов:

- управление доходами;
- управление расходами;
- управление финансовым стимулированием медицинских работников;
- управление медико-экономической эффективностью.

Группа «управление доходами». С учетом текущей структуры финансовых поступлений наиболее подходящим представляется выбор факторов по источникам финансирования, включая: средства ОМС, субсидии из бюджета, поступления от приносящей доход деятельность. Сильная (S) позиция отражает возможности по формированию запаса финансовой прочности и развитию инвестиционного потенциала. Нейтральная (N) позиция соответствует формированию доходов в объеме, достаточном для возмещения нормативных затрат. Слабая (W) позиция характеризует недостижение целевых плановых значений и наличие кассовых разрывов. Схематичное представление предлагаемой оценки SNW-позиций для группы «управление доходными поступлениями» представлено на рисунке 19.



Источник: составлено автором.

Рисунок 19 – Схема SNW-оценки управления доходами учреждения здравоохранения

Группа «управление расходами». При оценке позиций в рамках данной группы важно выделить работу финансового менеджмента с основными направлениями затрат, обеспечивающими операционную и инвестиционную активность учреждения здравоохранения. Сильная (S) позиция характеризует внедрение практик управленческого учета, мониторинга закупочной деятельности и постоянного расширения инвестиционных программ. Нейтральная (N) позиция отражает сбалансированность обязательств и доходных поступлений, а также эпизодические инвестиционные расходы. Слабая (S) позиция отражает несбалансированность между расходами и доходными поступлениями, включая высокую степень износа основных фондов. Схематичное представление предлагаемой оценки SNW-позиций для группы «управление расходами» представлено на рисунке 20.

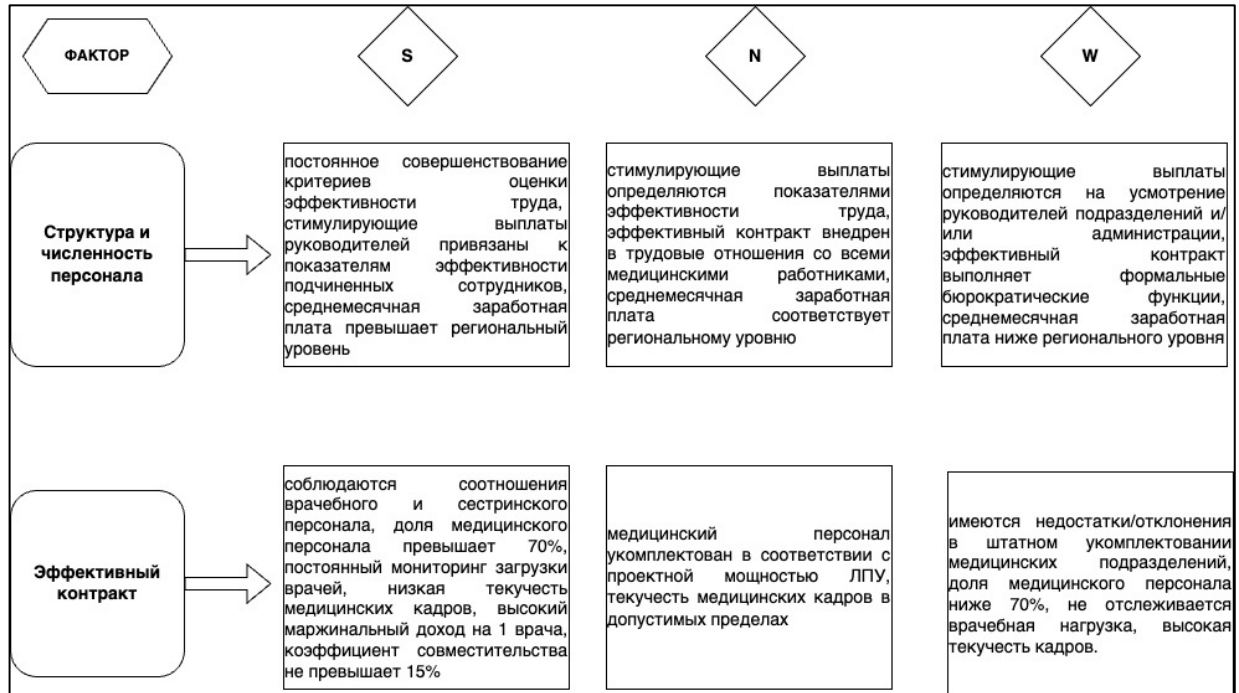
ФАКТОР	S	N	W
Закупочная деятельность	эффективная система планирования закупок, внедрен управленческий и складской учет, осуществляется мониторинг жизненного цикла закупок	планирование закупок соотносится с лимитам плана ФХД, отсутствует просроченная кредиторская задолженность	планирование закупок осуществляется по данным прошлых лет, нет привязки закупок к подстатьям затрат, жизненный цикл закупки опережает фактические доходы ЛПУ
Структура затрат	учет затрат для каждого медицинского подразделения, высокий уровень автоматизации ФХД, постатейный мониторинг расходов	плановые выплаты сбалансированы доходными поступлениями, фактические расходы не превышают плановые назначения	планирование затрат осуществляется методом "обратного счета", расходные обязательства не обеспечиваются доходными поступлениями
Инвестиционные программы	постоянно расширяющиеся инвестиционные программы, коэффициент износа основных фондов не превышает 5%, доля инвестиционных расходов более 5%	эпизодические инвестиционные расходы, доля инвестиционных расходов не превышает 5%, степень износа основных фондов 50-70%	инвестиционные программы отсутствуют или доводятся только Учредителем, степень износа основных фондов более 70%

Источник: составлено автором.

Рисунок 20 – Схема SNW-оценки управления расходами учреждения здравоохранения

Группа «управление финансовым стимулированием медицинских работников». Важно отметить, что выделение данной группы обосновано ключевой ролью медицинского персонала в системе оказания медицинской помощи, что определяет необходимость SNW-оценки кадрового ресурса учреждения здравоохранения. Сильная (S) позиция характеризуется прежде всего опережающим ростом среднемесячной заработной платы, низкой текучестью кадров, преобладанием медицинского персонала в структуре штатов, а также внедрением результативных практик эффективного контракта. Нейтральная (N) позиция отражает состояние, при котором учреждение в достаточной мере укомплектовано медицинскими кадрами с учетом имеющихся проектных мощностей. Слабая (S) позиция характеризует отсутствие или формальное внедрением эффективного контракта, когда оценка трудовой функции не регламентирована и привязана к субъективным оценкам руководителей подразделений, а также имеется высокая текучесть медицинских кадров. Схематичное представление предлагаемой оценки SNW-позиций для группы «управление эффективностью финансового

стимулирования медицинских работников» представлено на рисунке 21.

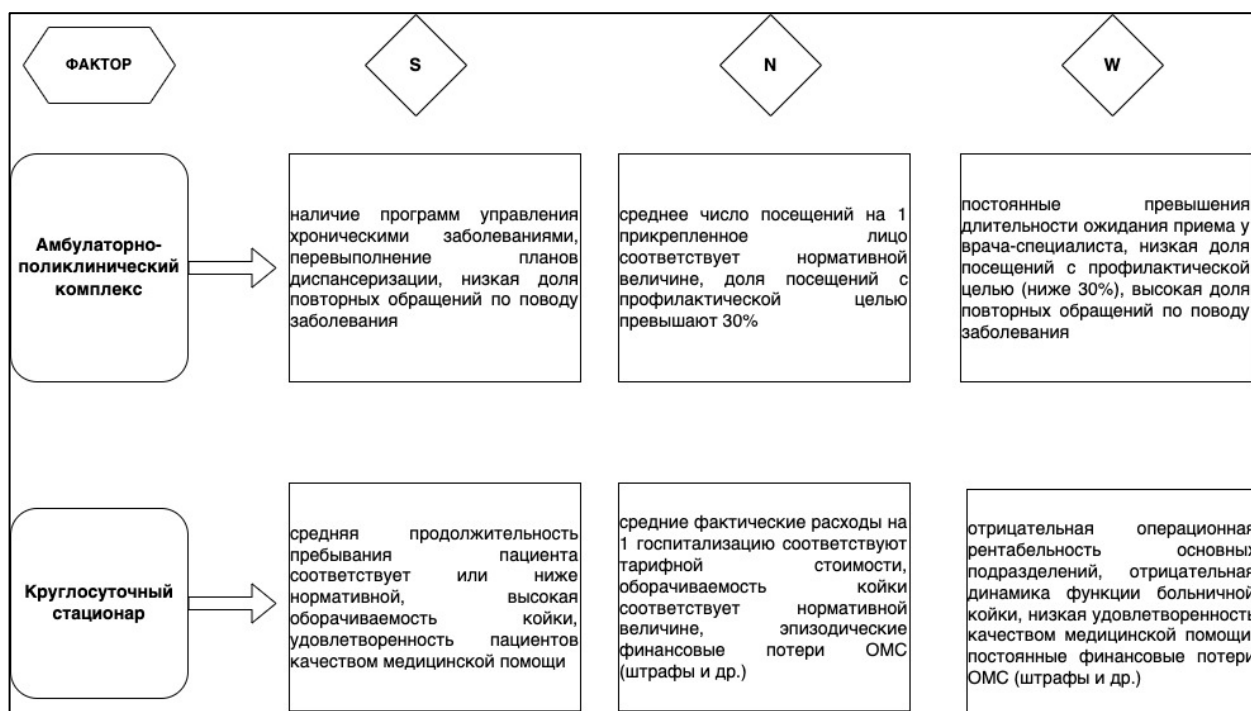


Источник: составлено автором.

Рисунок 21 – Схема SNW-оценки управления эффективностью финансового стимулирования медицинских работников

Группа «Управление медико-экономической эффективностью». Для оценки SNW-позиций по данной группе целесообразно выделить амбулаторно-поликлиническое и стационарное направление как базовые условия оказания медицинской помощи по ПГГ. При этом целевым ориентиром для SNW-оценки должны выступать не только регламентированные нормативные значения (средняя занятость койки, обращаемость коечного фонда, число посещений на одно прикрепленное лицо и другие), но и экономически обоснованные индикаторы эффективной работы стационара и поликлиники (например, наличие программ управления хроническими заболеваниями, функционирование современных медицинских информационных систем и другие). Сильная (S) позиция отражает соответствие медико-экономических показателей установленных нормативных величин. Нейтральная (N) позиция показывает незначительные отклонения медико-экономических показателей от установленных нормативных величин. Слабая (W) позиция свидетельствует о значительных отклонениях медико-экономических показателей от установленных

нормативных величин. Схематичное представление предлагаемой оценки SNW-позиций для группы «управление медико-экономической результативностью» представлено на рисунке 22.



Источник: составлено автором.

Рисунок 22 – Схема SNW-оценки управления медико-экономической эффективностью

Необходимо подчеркнуть, что представленный состав факторов является условным и может быть дополнен/уточнен с учетом особенностей конкретного учреждения здравоохранения. В частности, для экстренной медицинской помощи основной акцент может быть смещен в сторону ключевых показателей, отражающих оптимальные условия работы станции скорой медицинской помощи (например, предельное время доезда до пациента, доля расхождений диагнозов и др.).

По результатам SNW-анализа руководство государственного учреждения здравоохранения сможет определить перспективные направления повышения эффективности финансового обеспечения предоставляемой медицинской помощи. В рамках разрабатываемой модели представляется целесообразным выделить следующие сценарии работы:

- Сильная (S) позиция: требуется сохранять достигнутые результаты, а также продолжать постепенное развитие данного фактора.

– Нейтральная (N) позиция: стабилизация фактора при операционном управлении с дальнейшим совершенствованием и переводом в S-позицию.

– Слаба (W) позиция: минимизация негативных эффектов на результаты учреждения здравоохранения, форсирование перевода в N-позицию.

Вместе с тем оценка позиций факторов финансовой модели учреждения здравоохранения не позволяет сформулировать конкретные целевые ориентиры для всех внутренних структурных подразделений. На сегодняшний день эффективное управление финансовыми ресурсами является недостаточным условием для обеспечения структурной эффективности учреждения здравоохранения. Следовательно, целесообразно дополнить SNW-анализ современным инструментарием комплексной оценки показателей медицинского учреждения в целях формирования предписывающей части модели. При этом инструментарий комплексной оценки должен также учитывать влияние нефинансовых показателей на ФХД учреждений.

Так, в конце XX века американские ученые Р. Каплан и Д. Нортон в ходе работы над оценкой показателей ряда крупных компаний выявили критическую значимость показателей немонетарного свойства на долгосрочную финансовую устойчивость, предложив новую управленческую технологию – систему сбалансированных показателей (англ. Balanced Scorecard) [47]. Система сбалансированных показателей создавалась как инструмент согласования действий между разными подразделениями для достижения главной цели предприятия.

Таким образом, в дополнении к SNW-анализу целесообразно использовать сбалансированную систему показателей, учитывающую взаимозависимые показатели модели оперативного управления финансовыми ресурсами учреждения здравоохранения, предоставляющего бесплатную медицинскую помощь в рамках ПТГ [40]. Далее адаптацию системы сбалансированных показателей представляется целесообразным проводить с

учетом результатов SNW-анализа посредством специально подобранных метрик (индикаторов) по группам факторов. Результаты адаптации предписывающей модели для определения целевых ориентиров по нейтрализации слабых и укреплению сильных позиций факторов приведены в приложении А.

Следует отметить, что перечень индикаторов может быть расширен и уточнен в зависимости от параметров текущего финансового планирования. При этом целевой аудиторией описанной выше имитационной модели может выступать не только руководство медицинского учреждения, но и государственные органы управления здравоохранением как на этапе планирования объема бюджетных и внебюджетных финансовых ресурсов, так и на этапе исполнения территориальной ПГГ.

Применение предписывающего контура модели оперативного финансового управления может способствовать решению следующих задач при реализации ПГГ:

- Система постоянного совершенствования операционных процессов при финансовом администрировании предоставляемой медицинской помощи.
- Оперативный анализ позиций в формате SNW для определения текущего финансового состояния учреждения здравоохранения и выявления угроз для его краткосрочной финансовой устойчивости.
- Определение параметров текущего финансового планирования, включая работу по устранению слабых позиций и укреплению нейтральных позиций.
- Текущий контроль качества финансового менеджмента учреждения здравоохранения в зависимости от стоимостных и функциональных характеристик ПГГ.

В заключении важно подчеркнуть, что при нарастании кризисных состояний в национальной экономике будет возрастать потребность в применении более гибких инструментов при развитии процессов управления финансовыми ресурсами в учреждениях здравоохранения. Подобный вывод

обоснован тем, что гибкие инструменты оперативного управления финансовыми ресурсами позволяют оперативно устранять незапланированные финансовые потери, что повышает финансовую устойчивость учреждения здравоохранения. Следовательно, финансовое моделирование как элемент поддержки принятия управленческих решений в сфере здравоохранения предоставляет организаторам здравоохранения и финансовому менеджменту учреждений здравоохранения продвинутый инструментарий для повышения эффективности финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи по ПГГ. Предложенная модель оперативного управления финансовыми ресурсами учреждения здравоохранения учитывает российские особенности функционирования отрасли здравоохранения и позволяет внедрить качественную систему целеполагания на уровне провайдера медицинской помощи. Вместе с тем применение разработанной имитационной модели позволяет своевременно реагировать на финансовые риски и угрозы, укрепляя общее финансовое положения медицинского учреждения в условиях экономической неопределенности.

Заключение

Возрастающая потребность населения в бесплатной медицинской помощи становится общемировым трендом, обуславливая необходимость постоянного развития применяемых механизмов финансового обеспечения и расширения состава источников финансирования государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

В результате проведенного исследования определено содержание и особенности финансового обеспечения медицинской помощи как смешанного общественного блага, содержащего в себе не только индивидуальную, но и социальную полезность. Следовательно, основной целью финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи становится удовлетворение потребностей общества в предоставлении доступной и качественной медицинской помощи, являющейся социально-значимым (мериторным) благом в силу своей критической значимости для здоровья и жизни членов социума.

В рамках исследования обоснована необходимость государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в связи с присутствием мериторных интересов государства в сохранении общественного здоровья и изъянами (провалами) рыночного механизма. Сегодня конституциями большинства социальных государств гарантируется предоставление гражданам медицинской помощи на безвозмездной основе как социально-значимого блага, необходимого для полноценного и всестороннего развития человеческой жизни. Проведенный анализ позволил выявить основные факторы, объективно обусловившие необходимость расширения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, включая: старение населения; технологическую безработицу; экономическое неравенство; инвестиции в человеческий капитал; распространение эпидемий и пандемий.

Обзор национальных систем здравоохранения позволил выделить три концептуальных подхода к финансовому обеспечению ПГГ: бессрочные

целевые программы бесплатной медицинской помощи; прямое бюджетное финансирование государственных гарантий бесплатной медицинской помощи; финансовое обеспечение ПГГ через механизмы ОМС. Вместе с тем сделан вывод о том, что конечным результатом применения любого из рассмотренных подходов должно стать эффективное распределение финансовых ресурсов с учетом текущих потребностей общества в бесплатной медицинской помощи.

Для целей определения критериев эффективности при анализе подходов к финансовому обеспечению ПГГ предложен методический подход к оценке эффективности по следующим направлениям: социальная эффективность; макроэкономическая эффективность; отраслевая эффективность.

Основываясь на результатах анализа социальной эффективности, сделан вывод о критической значимости бесплатной медицинской помощи для населения Российской Федерации. При этом данные социологических наблюдений демонстрируют, что подавляющее число опрошенных граждан недовольны текущим состоянием отечественного здравоохранения. Так, среди наиболее важных проблем в секторе бесплатной медицинской помощи граждане выделяют: дороговизну лечения и стоимости лекарственных препаратов, низкую квалификацию медицинского персонала, неудовлетворительное качество медицинской помощи, сложности записи к врачам и дефицит медицинских кадров.

Оценка отраслевой эффективности проведена с учетом адаптации модели А. Донабедиана к отечественной практике, что позволило сделать вывод об ограниченном влиянии роста финансовых поступлений на медицинскую результативность при прочих равных условиях. Так, сокращение расходов на бесплатную медицинскую помощь через оптимизацию коечного фонда не приводит к положительным эффектам без интенсификации деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений.

Вместе с тем при оценке макроэкономической эффективности

обоснована необходимость перехода к превентивной системе здравоохранения как главному фактору сдерживания расходов на реализацию программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. При этом драйвером профилактической медицинской помощи должно стать амбулаторное звено системы здравоохранения, способное предотвратить заболевание (вакцинация, осмотры и другое), а также диагностировать (анализы, скрининг-тесты, обследования и другое) его на ранних этапах развития.

При этом дальнейшую модернизацию финансового обеспечения ПГГ представляется целесообразным проводить с учетом следующих выявленных нами трендов:

- концентрация основных финансовых потоков в секторе профилактической медицины;
- появление концептуально новой системы планирования и распределения финансов в здравоохранении, учитывающей индивидуальные маркеры здоровья человека;
- масштабирование цифровых решений в области управления финансовыми ресурсами медицинской организации;
- повышение роли частного медицинского капитала и рыночных механизмов в финансовой системе здравоохранения;
- комбинированное применение моделей финансового обеспечения медицинской помощи в зависимости от решаемой задачи.

С учетом выявленных трендов и глобальных угроз в сфере здравоохранения предложены новые концептуальные подходы к определению объемов финансового обеспечения ПГГ, позволяющие научно обосновывать и корректировать тарифную политику в сфере ОМС и расширить состав источников финансового обеспечения ПГГ. В частности, предложены и обоснованы следующие направления модернизации финансового обеспечения ПГГ:

- 1) развитие методологических основ финансового планирования

показателей ПГГ в целях перехода к профилактическому здравоохранения с использованием инструментов индикативного планирования и современных автоматизированных систем;

2) оптимизация тарифной политики и процедур финансового контроля в сфере ОМС для реализации медицинскими организациями инвестиционных программ и снижения административных ограничений при расходовании средств ОМС;

3) развитие бюджетных инструментов финансового обеспечения деятельности учреждений здравоохранения (субсидия на финансовое обеспечение выполнения государственного задания, субсидии на иные цели), предоставляющих медицинскую помощь в рамках ПГГ;

4) расширение источников финансового обеспечения медицинской помощи в пределах ПГГ посредством внедрения механизма соплатежей населения, а также административное и финансовое стимулирование спроса на продукты ДМС.

Кроме того, дальнейшее развитие финансового обеспечения ПГГ неразрывно связано с необходимостью разработки модели оперативного управления финансовыми ресурсами государственных учреждений здравоохранения, предоставляющих бесплатную медицинскую помощь в рамках территориальных ПГГ. В диссертации разработана имитационная модель управления финансовыми ресурсами учреждения здравоохранения, позволяющая оценить текущее финансовое положение объекта (описательная часть) и сформировать возможные управленческие решения (предписывающая часть).

Описательная часть разработанной модели позволяет рассматривать финансовые проблемы, имитируя влияние различных факторов на экономические результаты медицинского учреждения. К основным функциям описательной части модели можно отнести следующее:

1) Анализ краткосрочного и долгосрочного финансового положения медицинских организаций, реализующих ПГГ.

2) Определение ключевых медико-экономических метрик с описанием методики расчета.

3) Выявление рисков и угроз, способных оказать критическое влияние на финансовую устойчивость медицинских учреждений.

К задачам предписывающей части предлагаемой модели отнесено формирование управленческих решений и рекомендаций по оптимизации процессов ведения финансово-хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения, предоставляющего медицинскую помощь в рамках ПГГ. В рамках данной части модели использована методика SNW-анализа, позволяющая определить факторы обеспечения конкурентоспособности организации на основе анализа ключевых ресурсных факторов.

В целях апробация результатов имитационной модели предложена система сбалансированных показателей, адаптированная под специфику финансово-хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения с указанием возможных значений индикаторов (показателей). Вместе с тем принятие управленческих решений при использовании предлагаемой в настоящем исследовании имитационной модели позволяет руководителям в сфере здравоохранения при реализации ПГГ:

1) Внедрить систему постоянного совершенствования ключевых процессов по ведению финансово-хозяйственной деятельности в учреждениях здравоохранения.

2) Проводить мониторинг текущего финансового положение учреждения здравоохранения в формате адаптированного SNW-анализа.

3) Устранить слабые позиции и усилить нейтральные (среднерыночные) позиции в финансовой модели учреждения здравоохранения.

4) Определять и обосновывать выбор стратегических целей развития учреждений здравоохранения с учетом комплексного анализа взаимоувязанных финансовых и нефинансовых индикаторов.

Список литературы

Нормативно-правовые акты

1. Российская Федерация. Законы. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) : Справочно-правовая система «Консультант плюс»: – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 22.12.2022).

2. Российская Федерация. Законы. Бюджетный кодекс Российской Федерации : федеральный закон № 145-ФЗ [принят Государственной Думой 17 июля 1998 года : одобрен Советом Федерации 17 июля 1998 года]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/ (дата обращения: 21.08.2022).

3. Российская Федерация. Законы. О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд : федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ . – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144624/ (дата обращения: 21.08.2022).

4. Российская Федерация. Законы. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения : федеральный закон от 30.11.2011 № 354-ФЗ (ред. от 28.11.2018). – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122459/ (дата обращения: 21.08.2022).

5. Российская Федерация. Законы. Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2021 год : федеральный закон от 14.07.2022 № 251-ФЗ. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_421775/ (дата обращения: 21.08.2022).

6. Российская Федерация. Законы. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 21.08.2022).

7. Российская Федерация. Законы. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов : федеральный закон от 08.12.2020 № 391-ФЗ. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_370106/ (дата обращения: 25.08.2023).

8. Российская Федерация. Законы. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов : федеральный закон от 06.12.2021 № 392-ФЗ. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_402545/ (дата обращения: 25.08.2023).

9. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов : [Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст: электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_405705/ (дата обращения: 21.08.2022).

10. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов : [Постановление Правительства Российской Федерации от

29.12.2022 № 2497]. – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_436688/ (дата обращения: 15.09.2023).

11. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов : [Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353] – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_466453/ (дата обращения: 21.01.2024).

12. О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг. : [Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р] – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст: электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_138313/ (дата обращения: 21.08.2022).

13. О Требованиях к составлению и утверждению плана финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения : [приказ Минфина России от 31.08.2018 № 186н] – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_308988/ (дата обращения: 21.08.2022).

14. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : [приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н] – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/ (дата обращения: 21.08.2022).

15. О формировании и экономическом обосновании территориальных

программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годы : [письмо Минздрава России от 31.01.2024 № 31-2/И/2-1602] – Справочно-правовая система «Гарант». – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408389561/> (дата обращения: 20.01.2024).

16. О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования : [письмо Минздрава России от 04.02.2022 № 11-7/И/2-1631 (ред. от 02.11.2022)] – Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_408645/02e2b292d8e5f812b20d77d7f83c75f0f15bc047/.

Книги, монографии, диссертации

17. Гринберг, Р.С. Индивидуум и государство: экономическая дилемма / Р.С. Гринберг, Л.Я. Рубинштейн. – Москва : Весь Мир, 2013. – 480с. – ISBN 978-5-7777-0546-4.

18. Засимова, Л.С. Экономика здравоохранения / Л.С. Засимова, М.Г. Колосницына, Н.Б. Окушко [и др.] ; под редакцией М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464с. – ISBN: 978-5-9704-4228-9.

19. Макконел, К.Р. Экономикс: принципы, проблемы и политика / К.Р. Макконел, С.Л. Брю. – Москва : Инфра-М, 2018. – 974 с. – ISBN 5-16-000001-1.

20. Масгрейв, Р.А. Государственные финансы: теория и практика: перевод с английского / Р.А. Масгрейв, П.Б. Масгрейв. – Москва : Бизнес Атлас, 2009. – 716 с. – ISBN 978-5-9900421-6-2.

21. Пикетти, Т. Капитал в XXI веке / Т. Пикетти. – Москва : Ад Маргинем Пресс, 2015. – 592 с. – ISBN 978-5-91103-252-4.

22. Соляникова, С.П. Совершенствование программно-целевого

финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования : монография / С.П. Соляникова, Т.А. Белоусова, М.Л. Васюнина [и др.] ; под редакцией А.А. Цыганова – Москва : ООО «Издательство «КноРус», 2021. – 169 с. – тираж отсутствует. – ISBN 978-5-406-08444-1.

23. Стиглиц, Дж. Цена неравенства. Чем расслоение общества грозит нашему будущему ; перевод с английского / Дж. Стиглиц. – Москва : Эксмо, 2015. – 512 с. – ISBN 978-5-699-72540-3.

Периодические издания

24. Аксенова, Е.И. Партнерство в контексте устойчивости систем здравоохранения и их сопротивляемости кризисам: анализ российской системы здравоохранения / Е.И. Аксенова, Дж. Вортон, Н.А. Вошева // Вестник РАМН. – 2021. – № 5S. – С. 560-571. – ISSN 0869-6047.

25. Алтынов, Ю.А. К вопросу о необходимости финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи / Ю.А. Алтынов // Финансовая жизнь. – 2021. – № 4. – С.125-128. – ISSN 2218-4708.

26. Алтынов, Ю.А. Модель оперативного управления финансовыми ресурсами государственного учреждения здравоохранения / Ю.А. Алтынов // Научно-практический, теоретический журнал «Экономика и управление: проблемы, решения». – 2023. – № 6. Том 1 – С. 90-96. – ISSN 2227-3891.

27. Алтынов, Ю.А. Направления модернизации финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи / Ю.А. Алтынов // Финансовая жизнь. – 2022. – № 4. – С. 59-63. – ISSN 2218-4708.

28. Алтынов, Ю.А. Оценка эффективности использования финансовых средств при реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи / Ю.А. Алтынов // Аудиторские ведомости. – 2023. – № 2. – С. 46-51. – ISSN 1727-8058.

29. Алтынов, Ю.А. Оценка эффективности финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи / Ю.А. Алтынов // Вестник академии

знаний. – 2024. – № 1 (60). – С. 387-392. – ISSN 2304-6139.

30. Алтынов, Ю.А. Проблемы финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в экстремальных условиях / Ю.А. Алтынов // Финансы и кредит – 2020. – № 11. Том 26. – С. 2542-2566. – ISSN 2071-4688.

31. Алтынов, Ю.А. Тренды модернизации финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи / Ю.А. Алтынов // Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2024. – № 1. – С. 124-134. – ISSN 2075-1826.

32. Арсеньев, Е.В. Развитие добровольного медицинского страхования в Российской Федерации / Е.В. Арсеньев // Казанский медицинский журнал. – 2019. – № 100 (5). – С. 796-801. – ISSN 0368-4814.

33. Балынин, И.В. Повышение прозрачности финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации / И.В. Балынин, Т.Б. Терехова // Бухучет в здравоохранении. – 2020. – № 8. – С. 62-69. – ISSN 2075-0242.

34. Борисов, А.А. Совершенствование оценки экономической эффективности освоения инновационных проектов / А.А. Борисов, И.С. Чернат // Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки. – 2020. – № 5 (13). – С. 145-156. – ISSN 1994-2354.

35. Брико, Н.И. 100 лет пандемии «испанки». Эволюция вируса гриппа и развитие гриппозных вакцин / Н.И. Брико // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2018. – № 17 (4). – С. 68-97. – ISSN 2073-3046.

36. Васюнина, М.Л. Формирование системы контроллинга в государственных учреждениях: этапы и ожидаемые результаты / М.Л. Васюнина // Аудиторские ведомости. – 2022. – № 3. – С. 91-96. – ISSN 1727-8058.

37. Вишневский, А.Г. Демографический переход и гипотеза гиперболического роста населения / А.Г. Вишневский // Демографическое обозрение. – 2018. – № 5 (1). – С. 64-105. – ISSN 2409-2274.

38. Воронин, Ю.В. К вопросу о выработке нового общественного договора / Ю.В. Воронин, А.В. Столяров // Вестник университета имени

О.Е. Кутафина (МГЮА). – 2019. – № 11. – С. 83-97. – ISSN 2311-5998.

39. Гарро, Т. Сравнительный анализ реформ здравоохранения во Франции и России / Т.Гарро, А. Оганесян // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Экономика. – 2014. – № 3. – С. 27-41. – ISSN 2313-2329.

40. Генкина, В.А. Система сбалансированных показателей и организация контроллинга на предприятиях / В.А. Генкина // Terra Economicus. – 2009. – № 3 – С. 80-83. – ISSN 2073-6606.

41. Герман, М.В. Человеческий капитал как основной фактор инновационного развития / М.В. Герман, Н.С. Помулева // Вестник Томского государственного университета. – 2012. – № 1 (17). – С. 149-153. – ISSN 1561-7793.

42. Глотова, И.И. Реформирование бюджетных учреждений: основные направления и результаты работы / И.И. Глотова, Е.П. Томилина // Финансы и кредит. – 2013. – № 3. – С. 56-66. – ISSN 2071-4688.

43. Гоманова, Т.К. Механизм финансирования бюджетных учреждений как инструмент обеспечения бюджетной безопасности государства / Т.К. Гоманова, З.А. Лукьянова // Вопросы управления. – 2019. – № 1 (37). – С. 77- 85. – ISSN 2304-3369.

44. Гончарова, В.А. Здоровье человека и его онтологические основания / В.А. Гончарова // Интеллект. Инновации. Инвестиции. – 2020. – № 2. – С. 67-71. – ISSN 2077-7175.

45. Григорьев, К.Н. Трансформация понятия «человеческий капитал» / К.Н. Григорьев // Социология. – 2020. – № 3. – С. 83-89. – ISSN 1812-9226.

46. Григорьева, Н.С. Оценка качества медицинских услуг и построение рейтингов медицинских организаций: опыт программы Medicare в США / Н.С. Григорьева // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – № 5 (111). – С. 71-76. – ISSN 2541-9420.

47. Гришин, В.В. Финансирование Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи: как решить проблему дефицита? /

В.В. Гришин, А.В. Рагозин, А.А. Ицелев, С.А. Глазунова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2021. – № 65 (6). – С. 514-521. – ISSN 0044-197X.

48. Жаворонков, Р.Н. Безусловный основной доход – будущее социального обеспечения/ Р.Н. Жаворонков // *Вестник университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА)*. – 2019. – № 11. – С.106-116. – ISSN 2311-5998.

49. Заздравных, Е.А. Удалось ли реформам здравоохранения уменьшить очередь к врачу / Е.А. Заздравных, Е.В. Тараскина // *Экономическая политика*. – 2021. – № 5. Том 16. – С.118-143. – ISSN 1994-2275.

50. Захарова, И.А. Предоставление глобальных общественных благ в сфере здравоохранения / И.А. Захарова, М.А. Козлова // *Лечебное дело*. – 2018. – № 2. – С. 106-113. – ISSN 2071-5315.

51. Измеров, Н.Ф. Сбережение здоровья работающих и предиктивно-превентивно-персонифицированная медицина / Н.Ф. Измеров, И.В. Бухтияров, Л.В. Прокопенко [и др.] // *Медицина труда и промышленная экология*. – 2013. – № 6. – С. 7-12. – ISSN 1026-9428.

52. Ильшева, Н.Н. Финансовое моделирование и его роль в процессе прогнозирования финансовых потоков организации / Н.Н. Ильшева, С.И. Крылов // *Финансы и кредит*. – 2005. – № 2 (170). – С. 6-10. – ISSN 2221-8173.

53. Кадыров, Ф.Н. Вопросы составления и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения / Ф.Н. Кадыров, Ю.В. Куфтова // *Менеджер здравоохранения*. – 2019. – № 7. – С. 78-80. – ISSN 1811-0185.

54. Кадыров, Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении / Ф.Н. Кадыров // *Менеджер здравоохранения*. – 2013. – № 2. – С. 66-77. – ISSN 1811-0185.

55. Капелюшников, Р.И. Феномен старения населения: экономические эффекты / Р.И. Капелюшников // *Экономическая политика*. – 2019. – № 2. – С. 8-63. – ISSN 1994-5124.

56. Князев, С.А. Клинические рекомендации в современной перспективе

/ С.А. Князев, Н.Г. Жилинкова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2019. – № 3 (7). – С. 8-13. – ISSN 2303-9698.

57. Ковалева, С.А. Обзор методик планирования объемов медицинской помощи и финансирования системы здравоохранения субъектами Российской Федерации / С.А. Ковалева, Д.В. Федяев, Н.Н. Сисигина // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармако-эпидемиология. – 2021. – № 14 (3). – С. 415–422. – ISSN 2070-4909.

58. Колосницына, М.Г. Пенсионеры на российском рынке труда: тенденции экономической активности людей пенсионного возраста / Ю.В. Сони́на, М.Г. Колосницына // Демографическое обозрение. – 2015. – № 2. – С. 37-53. – ISSN 2409-2274.

59. Куделина, О.В. Повышение эффективности здравоохранения в Томской области / О.В. Куделина, О.Н. Тулупова, А.В. Ложникова // Вестник Томского государственного университета. Экономика. – 2020. – № 50. – С. 56-75. – ISSN 1998-8648.

60. Кузбагаров, А.Н. Медицинская помощь или медицинская услуга: к вопросу о гражданско-правовом регулировании / А.Н. Кузбагаров // Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. – 2018. – № 4 (44). – С. 200-204. – ISSN 2078-5356.

61. Куликова, О.М., Модель финансового обеспечения регионального здравоохранения / О.М. Куликова, Е.В. Усачева, В.А. Шамис [и др.] // Региональная экономика: теория и практика. – 2018. – № 10 (16). – С. 1823-1840. – ISSN 2073-1477.

62. Курнакина, Н.В. Методика комплексной оценки эффективности деятельности медицинской организации за год / Н.В. Курнакина // Инновации и инвестиции. – 2017. – № 2. – С. 137-140. – ISSN 2307-180X.

63. Куфтова, Ю.В. Рост расходов на здравоохранение: мифы и реальность / Ю.В. Куфтова, О.В. Обухова, И.Н. Базарова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 2 (36). – С. 24-34. – ISSN 2219-0678.

64. Куцури, Г.Н. Некоторые вопросы зависимости сбалансированности

федерального бюджета от качества бюджетного планирования / Г.Н. Куцури // Вестник университета. – 2020. – № 6. – С. 94-101. – ISSN 1816-4277.

65. Ладыкова, Т.И. Теоретические аспекты индикативного планирования в современных условиях / Т.И. Ладыкова // *Oeconomia et Jus*. – 2017. – № 2. – С. 12-27. – ISSN 2499-9636.

66. Малахов, В.П. Природа конституционного права / В.П. Малахов // Вестник Московского университета МВД России. – 2014. – № 11. – С.23-26. – ISSN 2073-0454.

67. Маркина, Е.В. Развитие финансового механизма функционирования бюджетных учреждений / Е.В. Маркина // Гуманитарные науки. Вестник финансового университета. – 2014. – № 4. – С.23-32. – ISSN 2226-7867.

68. Мартов, С.Н. Проблемы развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации / С.Н. Мартов // Финансы и кредит. – 2018. – № 9 (24). – С. 2120-2136. – ISSN 2071-4688.

69. Марыганова, Е.А. Размывание среднего класса – угроза развитию социального государства / Е.А. Марыганова // Управление. – 2017. – № 2 (16). – С. 62-68. – ISSN 2309-3633.

70. Михайлов, И.А. Методические подходы к формированию рейтинга субъектов Российской Федерации, отражающего эффективность и качество оказания медицинской помощи по профилю / И.А. Михайлов, В.В. Омеляновский, Е.С. Самсонова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 30 (5). – С. 727-733. – ISSN 0869-866X.

71. Муравьев, Д.Н. Особенности реализации модели подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи в рамках Московской областной программы ОМС / Д.Н. Муравьев, Р.А. Хальфин, М.А. Флорес, Т.И. Кришталева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 9-10. – С.16-23. – ISSN 2658-7084.

72. Мухарямова, Л.М. Самосохранительное поведение, здоровье и представления о справедливости здравоохранения / Л.М. Мухарямова,

Ж.В. Савельева, И.Б. Кузнецова // Вестник экономики, права и социологии. – 2017. – № 4. – С. 295-298. – ISSN 1998-5533.

73. Назарова, В.В. Оценка эффективности системы здравоохранения в России / В.В. Назарова, К.А. Борисенкова // Народонаселение. – 2017. – № 4 (20). – С.119-133. – ISSN 1561-7785.

74. Никитин, С.И. Внеконкурсное предоставление субсидий бюджетным учреждениям как нарушение антимонопольного законодательства (проблемы правоприменительной практики) / С.И. Никитин, И.Н. Гритчин, О.А. Москвитин, И.П. Бочинин // Российской конкурентное право и экономика. – 2021. – № 1 (25). – С. 68-74. – ISSN 2542-0259.

75. Олейник, А.В. Состояние социальной эффективности здравоохранения (по данным оценки удовлетворенности пациентов оказанной помощью) / А.В. Олейник, Н.А. Садовникова, Д.Л. Мушников [и др.] // Образовательный вестник «Сознание». – 2020. – № 2 (22). – С. 10-15. – ISSN 2686-6846.

76. Омеляновский, В.В. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения / В.В. Омеляновский, Л.В. Максимова, А.П. Татарин // Финансовый журнал. – 2014. – № 3. – С. 22-34. – ISSN 2075-1990.

77. Перзов, В.И. Коммерциализация общественного здравоохранения и «новый общественный договор» / В.И. Перзов, Е.В. Песенникова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 1. – С. 208-220. – ISSN 2312-2935.

78. Потапчик, Е.Г. Результативность экономических механизмов мотивации граждан к ведению здорового образа жизни: доказательная база / Е.Г. Потапчик // Профилактическая медицина. – 2019. – № 3 (22). – С. 20-25. – ISSN 2305-4948.

79. Потапчик, Е.Г. Сколько средств государство должно выделять на здравоохранение? Дает ли международный опыт однозначный ответ? / Е.Г. Потапчик // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 66 (4).

– Текст : электронный. – URL:
<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1186/30/lang,ru/> (дата обращения:
27.05.2023).

80. Ржевская, М.А. Социальное страхование – финансовая категория / М.А. Ржевская // Экономика. Налоги. Право. – 2013. – № 2. – С. 32-36. – ISSN 2075-1990.

81. Рождественская, Е.М. К вопросу о капитале здоровья старшего поколения / Е.М. Рождественская, В.А. Маланина, Е.И. Клемашева // Terra Economicus. – 2023. – № 21 (3). – С. 122-132. – ISSN 2073-6606.

82. Рубинштейн, А.Я. Экономика социального сектора: проблемы теории / А.Я. Рубинштейн // Экономическая наука современной России. – 2005. – № 1. – С. 47-63. – ISSN 1609-1442.

83. Рудченко, М.Н. К вопросу об оценке эффективности системы здравоохранения / М.Н. Рудченко, Л.Д. Гаухберг // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2012. – № 17 (158). – С. 57-64. – ISSN 2073-2872.

84. Седова, М.Л. Инструменты программно-целевого управления в системе обязательного медицинского страхования и оценка их эффективности / М.Л. Седова // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция. – 2020. – № 1. – С. 149-155. – ISSN 0130-3848.

85. Селезнева, Е. В. Интеграция медицинского и социального обслуживания пожилых в России: успехи и барьеры / Е.В. Селезнева, О.В. Синявская, Е.С. Горват // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2022. – № 1. – С. 148-169. – ISSN 0199-5431.

86. Сидорина, Т.Ю. Операция «welfare state»: решило ли государство всеобщего благосостояния проблемы идеального государства? / Т.Ю. Сидорина // Terra Economicus. – 2012. – № 3 (10). – С. 84-99. – ISSN 2073-6606.

87. Симонова, М.В. Применение эффективного контракта в здравоохранении / М.В. Симонова, Д.Б. Адыкова // Вестник ВГУ. Серия: Экономика и управление. – 2020. – № 1. – С. 71-75. – ISSN 1814-2966.

88. Соболева, М.В. Историческое развитие института платных медицинских услуг в России в XVIII-XXI веках / М.В. Соболева // Историко-правовые проблемы: новый ракурс. – 2022. – № 1. – С. 145-157. – ISSN 2309-1592.

89. Солдатова, А.В. Теория социального государства о правовой природе социальной функции государства / А.В. Солдатова, Я.В. Солдатов // Образование и право. – 2021. – № 3. – С. 77-80. – ISSN 2076-1503.

90. Солодкий, В.А. Обзор реформ в системе здравоохранения Германии за последние двадцать лет / В.А. Солодкий, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 10. – С. 48-58. – ISSN 1999-849X.

91. Солодкий, В.А. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет / В.А. Солодкий, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 36-48. – ISSN 1811-0185.

92. Соляникова, С.П. Ответственная бюджетная политика в социальной сфере: проблема разработки и реализации / С.П. Соляникова // Экономика. Налоги. Право. – 2015. – № 5. – С. 45-51. – ISSN 1999-849X.

93. Соляникова, С.П. Результативность государственных расходов: проблемы оценки и мониторинга / С.П. Соляникова // Дайджест-Финансы. – 2014. – № 1 (229). – С. 49-57. – ISSN 2073-8005.

94. Соляникова, С.П. Факторы, влияющие на результативность государственных расходов / С.П. Соляникова // Экономика. Налоги. Право. – 2013. – № 5. – С. 26-32. – ISSN 1999-849X.

95. Суходолов, А.П. Оптимизация тарифной политики в сфере обязательного медицинского страхования / А.П. Суходолов, Л.И. Меньшикова, Н.Н. Ясько [и др.] // Известия Байкальского государственного университета. – 2019. – № 1 (29). – С. 138-145. – ISSN 2500-2759.

96. Татаринев, А.П. Соплатежи населения в системе здравоохранения: международный опыт / А.П. Татаринев, Д.В. Лукьянцева, В.В. Омеляновский [и др.] // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармоэкономика и

Фармакоэпидемиология. – 2016. – № 3. – С. 60-67. – ISSN 2070-4909.

97. Тедрос, А.Г. Финансирование будущих систем здравоохранения / А.Г. Тедрос // Финансы и развитие. – 2021. – № 4 (58). – С. 24-25. – ISSN 1020-8151.

98. Тепцова, Т.С. Зарубежный опыт определения потребности в финансировании медицинской помощи на основе учета региональных особенностей / Т.С. Тепцова, Д.В. Федяев, Н.З. Мусина, Е.С. Ратушняк // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – № 42 (4). – С. 38-44. – ISSN 2219-0678.

99. Тимаков, И.В. Институциональные особенности финансирования российского здравоохранения / И.В. Тимаков // Дискуссия. – 2020. – № 3 (100). – С. 6-14. – ISSN 2077-7639.

100. Тимофеев, И.В. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации как отраслевой и конституционно значимый принцип / И.В. Тимофеев // Электронное приложение к «Российскому юридическому журналу». – 2016. – № 4. – С. 5-10. – ISSN 2219-6838.

101. Тютин, Д.В. Развитие методик бюджетирования в системе здравоохранения / Д.В. Тютин, Т.В. Лесина // Вестник Евразийской науки. – 2019. – № 3. – ISSN 2588-0101. – Текст : электронный. – URL: <https://esj.today/PDF/42ECVN319.pdf> (дата обращения: 10.01.2024).

102. Файберг, Т.В. Развитие теории бюджетирования в сфере государственных (муниципальных) финансов / Т.В. Файберг // Электронный научный журнал Байкальского государственного университета. – 2019. – № 3. Том 10. – ISSN 2411-6262.

103. Хальфин, Р.А. Организация здравоохранения в США. Часть 1 / Р.А. Хальфин, И.Я. Таджиев // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 9. – С. 35-47. – ISSN 1811-0185.

104. Хачатрян, А.Г.. Теоретические основы финансового обеспечения общественных потребностей / А.Г. Хачатрян // Промышленность: экономика, управление, технологии. – 2007. – № 16 (2). – С. 118-120. – ISSN 2782-5426.

105. Шевский, В.И. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы / В.И. Шевский, И.М. Шейман, С.В. Шишкин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – № 68 (2). – ISSN 2071-5021. – Текст : электронный. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-68-2-2. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1356> (дата обращения 10.01.2024).

106. Шейман, И.М. Новые тенденции развития зарубежных систем обязательного медицинского страхования / И.М. Шейман // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2022. – № 2. – С. 32-37. – ISSN 2221-9943.

107. Шейман, М.Ш. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит кадров / М.Ш. Шейман, С.В. Сажина // Мир России. Социология. Этнология. – 2018. – № 3 (27). – С. 130-153. – ISSN 1811-038X.

108. Шибалков, И.П. Оценка эффективности организации системы здравоохранения: зарубежный опыт / И.П. Шибалков // Вестник науки Сибири. – 2016. – № 1 (20). – С. 66-75. – ISSN 226-0064.

109. Шилова, Л.С. Трансформация условий профессиональной деятельности врачей в процессе оптимизации здравоохранения. Часть 1 / Л.С. Шилова // Социологическая наука и социологическая практика. – 2018. – № 4. – С. 148-157. – ISSN 2308-6416.

110. Широких, К.Е. История эпидемий гриппа / К.Е. Широких, О.И. Мазурок // Медицинские технологии. Оценка и Выбор. – 2015. – № 3. – С. 73-77. – ISSN 2219-0678.

111. Шишкин, С.В. Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России / С.В. Шишкин // Экономическая политика. – 2023. – № 1. Том 18. – С. 8-33. – ISSN 1994-2275.

112. Шмиголь, Н.С. Методологические подходы к финансированию государственных учреждений социальной сферы в цифровой экономике / Н.С. Шмиголь // Финансовая жизнь. – 2021. – № 3. – С. 73-76. – ISSN 2218-4708.

113. Шнайдер, Г.В. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью / Г.В. Шнайдер, И.А. Деев, О.С. Кобякова [и др.] // Электронный научный журнал. Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 66 (4). – С. 1-21. – ISSN 2071-5021.

Источники на иностранном языке

114. Aderoju, O. Factors associated with health insurance literacy: proficiency in finding, selecting, and making appropriate decisions / O. Aderoju, A. Mask, A. McLeod // Journal of Healthcare Management. – 2019. – № 64 (2). – P. 79-89. – ISSN 1944-7396. – Текст : электронный. – DOI: 10.1097/JHM-D-18-00021. – URL: https://journals.lww.com/jhmonline/Abstract/2019/04000/Factors_Associated_With_Health_Insurance_Literacy_.5.aspx (дата обращения: 27.05.2023).

115. Beech, R. Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds / R. Beech, J. Larkinson // International Journal of Health Planning and Management. – 1990. – № 5 (2). – P 89-103. – ISSN 1618-7598.

116. Dougherty, S. The impact of decentralisation on the performance of health care systems: a non-linear relationship / S. Dougherty, L. Lorenzoni, A. Marino // The European Journal of Health Economics. – 2022. – № 23. – P. 705-715. – ISSN 1618-7598.

117. Edwards, N. What next for the polyclinic? New models of primary health care are required in many former Soviet Union countries / N. Edwards, I. Sheiman // BMC Primary Care. – 2022. – № 23. – Текст : электронный. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S156816371830312X> (дата обращения: 27.05.2023).

118. Galor, O. The Demographic Transition: Causes and Consequences / O. Galor // Cliometrica. – 2012. – № 6 (1). – ISSN 1863-2505. – Текст : электронный. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11698-011-0062-7> (дата обращения: 27.05.2023).

119. Grossman, M. On the concept of health capital and the demand for

health / M. Grossman // *Journal of Political Economy*. – 1972. – № 2 (80). – P. 223-255. – ISSN 0022-3808.

120. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle // Paris : OECD Publishing. – 2020. – ISBN 978-92-64-67755-5. – Текст : электронный. – URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-12/2020_healthatglance_rep_en_0.pdf (дата обращения: 18.09.2023).

121. Hero, J.O. Decision-making experiences of consumers choosing individual-market health insurance plans / J.O. Hero, A.B. Sinaiko, J. Kingsdale // *Health Affairs*. – 2019. – № 38 (3). – P. 464-472. – Текст : электронный. – URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2018.05036> (дата обращения: 27.05.2023).

122. Horvath, T. Socio-economic inequality and healthcare costs over the life course – A dynamic microsimulation approach / T. Horvath, T. Leoni, P. Reschenhofer // *Public Health*. – 2023. – № 219. – P. 124-130. – ISSN 0033-3506. – Текст : электронный. – DOI 10.1016/j.puhe.2023.04.001. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350623001166> (дата обращения: 27.05.2023).

123. Kato, H. The effects of patient cost-sharing on health expenditure and health among older people: Heterogeneity across income groups / H. Kato, R. Goto, T. Tsuji // *The European Journal of Health Economics*. – 2022. – № 23. – P. 847-861. – ISSN 1618-7601. – Текст : электронный. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-021-01399-6> (дата обращения: 27.05.2023).

124. Lindenbrathen, A.L. Topical problems of Russian healthcare / A.L. Lindenbrathen // *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. – 2020. – № 3. – P. 60-71. – ISSN 2415-8410.

125. Long, D. Global Public Goods: Critique of a UN Discourse / D. Long, F. Woolley // *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*. – 2009. – № 15 (1). – P. 107-122. – ISSN 1075-2846.

126. Shapard, D.S. Estimating the effect of hospital closure on area wide

inpatient hospital costs: a preliminary model and application / D.S. Shapard // Health Services Research. – 1983. – № 18 (4). – P. 513-549. – ISSN 1475-6773.

127. Smith, M.L. Chronic Disease Self-Management Program in the workplace: opportunities for health improvement / M.L. Smith, M.G. Wilson, D.M. DeJoy // Public Health. – 2015. – № 2. – Текст : электронный. – DOI 10.3389/fpubh.2014.00179. – URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2014.00179/full> (дата обращения: 27.05.2023).

128. Wilson, D.M. Where are we now in relation to determining the prevalence of ageism in this era of escalating population ageing? / D.M. Wilson // Ageing Research Reviews – 2019. – Текст : электронный. – DOI 10.1016/j.arr.2019.03.001. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S156816371830312X> (дата обращения: 27.05.2023).

Электронные ресурсы

129. Актуальные проблемы российского здравоохранения в 2021 году в оценках пациентов и пациентских НКО / Всероссийский союз общественных объединений пациентов – Москва. – Текст : электронный. – URL : <https://vspru.ru/media/1512376/20211126-vsp-aktualnye-problemy-rossiiskogo-zdravoohraneniya-v-2021-godu-v-ocenках-pacientov-i-pacientskih-nko.pdf> (дата обращения: 05.07.2022).

130. Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации / Счетная палата Российской Федерации. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vpn04vyii4ppk4fxcr.pdf> (дата обращения: 27.05.2023).

131. Блумберг : официальный сайт. – Нью-Йорк. – URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips> (дата обращения: 27.05.2023). – Текст: электронный.

132. Витрина статистических данных / Федеральная служба государственной статистики. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://showdata.gks.ru/finder/> (дата обращения: 27.05.2023).

133. Витрина статистических данных / ОЭСР. – Париж. – Текст : электронный. – URL: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (дата обращения: 27.05.2022).

134. Всемирная организация здравоохранения : официальный сайт. – Женева. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 27.05.2023). – Текст : электронный.

135. Всемирный банк : официальный сайт. – Вашингтон. – URL: <https://data.worldbank.org> (дата обращения: 27.05.2023). – Текст : электронный.

136. Всемирный банк : проект развития человеческого капитала. – Вашингтон. – Текст : электронный. – URL: <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/publication/human-capital#data> (дата обращения: 12.07.2023).

137. Годовой отчет банка России за 2022 год / Банк России. – Москва. – Текст : электронный. – URL: https://www.cbr.ru/Collection/Collection/File/43872/ar_2022.pdf (дата обращения: 16.09.2022).

138. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2021. Итоги реализации связанных со здоровьем Целей в области устойчивого развития в период пандемии COVID-19 с учетом принципа «никого не оставить без внимания». Основные положения / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген. – Текст : электронный. – URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352132/9789289057653-rus.pdf> (дата обращения: 03.04.2022).

139. Динамические ряды основных показателей деятельности страховщиков / Банк России. – Москва. – Текст : электронный. – URL: https://cbr.ru/statistics/insurance/ssd_stat/#t4 (дата обращения: 10.05.2023).

140. Европейский портал информации здравоохранения / Европейское

бюро ВОЗ. – Женева. – Текст : электронный. – URL: <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/uhcfp/> (дата обращения: 27.05.2023).

141. Заключение Счетной палаты Российской Федерации на отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2022 год / Счетная палата Российской Федерации. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/b00/q1e11n3g4p2azd1fhyc0y65wk7l9sc3e.pdf> (дата обращения: 09.03.2023).

142. Информационное агентство «Агентство городских новостей «Москва» : официальный сайт. – Москва. – URL: <https://www.mskagency.ru/materials/3164037> (дата обращения: 29.04.2022). – Текст : электронный.

143. Каждый третий россиянин признан практически здоровым по результатам диспансеризации / Государственное информационное агентство ТАСС. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://tass.ru/obshchestvo/2680826> (дата обращения: 09.03.2023).

144. Краткая информация об исполнении федерального бюджета / Министерство финансов Российской Федерации. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://minfin.gov.ru/ru/statistics/fedbud/execute/> (дата обращения: 27.05.2023).

145. Неравенство в сфере здравоохранения: аналитический доклад / А.В. Быков, М.Д. Красильникова, О.Ф. Понкротова [и др.] // Москва : НИУ ВШЭ, 2021. – Текст : электронный. – DOI 10.17323/978-5-7598-2633-0. – URL: https://www.hse.ru/data/2022/03/14/1808803026/04_Shishkin_Inequality_Healthcare_NCMU_Site_03-2022.pdf (дата обращения: 08.07.2023).

146. Организация объединенных наций : витрина статистических данных. – Нью-Йорк. – Текст : электронный. – URL: <https://population.un.org/wpp/> (дата обращения: 27.05.2023).

147. Организация объединенных наций : официальный сайт. –

Нью-Йорк. – URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/health/> (дата обращения: 27.05.2023). – Текст : электронный.

148. Организация экономического сотрудничества и развития : официальный сайт. – Париж. – URL: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (дата обращения: 27.05.2023.). – Текст : электронный.

149. Отчеты о результатах деятельности ФОМС за 2019, 2020 и 2021 гг. // Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/about-fund/fund-activities> (дата обращения: 27.05.2023).

150. Работать ради лучшего будущего // Международное бюро труда. – Текст : электронный. – URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_662472.pdf (дата обращения: 27.05.2023).

151. Результаты опроса россиян об обязательном медицинском страховании // Всероссийский центр изучения общественного мнения. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/medicina-dlja-vsekh-monitoring> (дата обращения: 09.09.2023).

152. Результаты опроса «О престиже профессии врача и доверии медикам» // Фонд общественного мнения. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14890> (дата обращения: 10.09.2023).

153. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса / А.Г. Вишневский, Я.И. Кузьминов, В.И. Шевский [и др.] // Москва: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2006. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://publications.hse.ru/pubs/share/folder/iog11tspal/70845594.pdf> (дата обращения: 27.05.2023).

154. Статистический сборник «Здравоохранение в России. 2023. – Федеральная служба государственной статистики. – Москва. – Текст : электронный. – URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran>

2023.pdf (дата обращения: 25.01.2024).

155. Университет Джонса Хопкинса : официальный сайт. – Балтимор. – URL: <https://coronavirus.jhu.edu/region/united-states> (дата обращения: 27.05.2022). – Текст : электронный.

156. Федеральное казначейство : официальный сайт ГМУ. – Москва. – URL: <https://bus.gov.ru/open-data> (дата обращения: 27.05.2023). – Текст : электронный.

157. Фонд общественного мнения : официальный сайт. – Москва. – URL: (<https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (дата обращения: 27.05.2023г.). — Текст : электронный.

158. Шишкин, С.В Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, Е.Г. Потапчик [и др.]. – Москва : ИД «Высшая школа экономики», 2019. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://publications.hse.ru/pubs/share/direct/266095696.pdf> (дата обращения: 27.05.2023).

Приложение А

(информационное)

Система сбалансированных показателей для предписывающей части модели оперативного управления финансовыми ресурсами учреждения здравоохранения

Таблица А.1 – Система сбалансированных показателей для предписывающей части модели оперативного управления финансовыми ресурсами учреждения здравоохранения

Цели	Показатель (индикатор)	Целевое значение
1	2	3
Группа «Доходные поступления»		
Развитие сектора платных медицинских услуг	Доля платных услуг в общей структуре финансовых поступлений	Более 5%
Формирование запаса финансовой прочности	Соотношение остатка финансовых средств на начало отчетного периода и фактических финансовых поступлений по i-му источнику	От 5% до 10%
	Соотношение остатка финансовых средств на начало отчетного периода и планируемых финансовых поступлений по i-му источнику	От 3 до 5%
Выполнение целевых план-заданий по государственным услугам/работам в сфере здравоохранения	Процент фактического выполнения государственного задания	Более 100
Группа «Расходные обязательства»		
Увеличение маржинальной доходности медицинских подразделений	Соотношение совокупной маржинальной прибыли к фактическим поступлениям по j-му источнику	10-20%
	Отношение удельной маржинальной прибыли на i-го медицинскую услугу к тарифной стоимости услуги	20-30%
Развитие инвестиционных программ	Доля инвестиционных расходов в общей структуре затрат	Более 5%
	Износ медицинского оборудования, процентах	Менее 50
Снижение доли накладных расходов	Доля накладных расходов в общей структуре расходов	Не более 20%
Автоматизация финансово-хозяйственной деятельности	Процент автоматизированных бизнес-процессов, выполняемых финансово-экономическими службами	Более 30
Группа «Управление финансовым стимулированием медицинских работников»		
Укомплектованность медицинскими кадрами	Укомплектованность врачевым персоналом (в процентах от штатной численности)	Более 70
	Укомплектованность сестринским персоналом (в процентах от штатной численности)	Более 80

Продолжение таблицы А.1

1	2	3
Финансовое стимулирование трудовой функции	Средний балл по критериям эффективного контракта в j-м медицинском подразделении	90-100 баллов
Соблюдение целевых показателей по средней заработной плате	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку врачу к средней заработной плате по экономике	более 200 %
Группа «Медико-экономические результаты»		
Интенсификация лечебного процесса	Процент технической оснащенности медицинских подразделений по требованиям стандартов	Более 90
	Процент отклонений в лечебном процессе от клинических рекомендаций	Не более 5
	Доля профилактических осмотров (для поликлиники)	Более 25%
Максимизация пропускной способности стационара/поликлиники	Соотношение фактического количества оказанных медицинских услуг (законченных случаев) к проектной мощности учреждения здравоохранения	Более 85%
	Средняя длительность пребывания больного на койке (профили ОМС)	От 8 до 14 дней
	Среднее время простоя больничной койки	Не более 2 дней
Информатизация медицинской деятельности	Внедрение современных медицинских информационных систем	Да
	Процент автоматизированных форм медицинского документооборота	Более 60
Развитие сервисной модели медицинской помощи	Общая удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг	Более 70%
	Удовлетворенность потребителей платных медицинских услуг	Более 90%

Источник: составлено автором.