

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Байкальский государственный университет

ФИНАНСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ОТРАСЛЕВОЙ АСПЕКТ

Под общей редакцией
Т.В. Файберг, И.Н. Щербаковой



Иркутск
Издательский дом
Байкальского государственного университета
2022

УДК 336.61
ББК 65.261.5
Ф59

Издается по решению редакционно-издательского совета
Байкальского государственного университета

Авторский коллектив:

А.В. Баинов, С.А. Бахматов, В.А. Бубнов, Ж.С. Кулижская,
С.Н. Плюта, Т.В. Сорокина, Т.В. Файберг, И.Н. Щербакова, Т.В. Щукина

Рецензенты:

д-р экон. наук, проф., проф. кафедры мировой экономики
и экономической безопасности БГУ В.И. Самаруха
д-р мед. наук, проф., проф. РАН, заведующий кафедрой общественного
здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской
академии последиplomного образования (филиала Российской
медицинской академии непрерывного профессионального образования
Минздрава России) И.С. Кицул

Ф59 **Финансы здравоохранения в России: отраслевой аспект** /
под общ. ред. Т.В. Файберг, И.Н. Щербаковой. – Иркутск : Изд. дом
БГУ, 2022. – 232 с.

ISBN 978-5-7253-3087-8.

Обсуждаются отраслевые аспекты организации финансов здравоохранения в России на современном этапе. Уточняется содержание финансов здравоохранения в текущих условиях, выделяются особенности финансов этой отрасли. Прослеживаются тенденции отраслевых показателей системы здравоохранения России, финансового механизма и источников ее финансирования. Исследуется не только российский, но и зарубежный опыт организации финансирования систем здравоохранения, в том числе лекарственного обеспечения. Особое внимание уделяется системе здравоохранения Иркутской области, а также оценке финансовой эффективности деятельности государственных учреждений здравоохранения региона.

Для научных работников, преподавателей, практических работников бюджетной сферы, аспирантов, магистрантов и бакалавров, интересующихся проблемами финансов здравоохранения.

УДК 336.61
ББК 65.261.5

© ISBN 978-5-7253-3087-8

© ФГБОУ ВО «БГУ», 2022

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Баинов Александр Владимирович – советник отдела системного администрирования и информационной безопасности в Управлении информационными технологиями Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области, магистр экономики (разделы 2.1, 3.1, 4.1)

Бахматов Сергей Александрович – доктор экономических наук, профессор кафедры государственного управления и управления человеческими ресурсами ФГБОУ ВО «БГУ» (раздел 5.3)

Бубнов Вячеслав Анатольевич – доктор экономических наук, доцент, первый проректор ФГБОУ ВО «БГУ» (раздел 5.2)

Кулижская Жанна Сергеевна – кандидат экономических наук, доцент кафедры финансов и финансовых институтов ФГБОУ ВО «БГУ» (раздел 4.3)

Плюта Светлана Николаевна – кандидат экономических наук, доцент, заместитель министра здравоохранения Иркутской области (раздел 3.3)

Сорокина Татьяна Владимировна – доктор экономических наук, доцент, начальник информационно-аналитического управления комитета по бюджетной политике и финансам администрации г. Иркутска (раздел 5.1)

Файберг Татьяна Владимировна – кандидат экономических наук, доцент кафедры финансов и финансовых институтов ФГБОУ ВО «БГУ» (введение, разделы 1.1, 1.2, 2.2, 2.3, 3.2, 4.1, 4.2, заключение).

Щербакова Ирина Николаевна – кандидат экономических наук, доцент кафедры финансов и финансовых институтов ФГБОУ ВО «БГУ» (введение, разделы 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 4.3, заключение)

Щукина Татьяна Владимировна – кандидат экономических наук, доцент, заведующий кафедрой финансов и финансовых институтов ФГБОУ ВО «БГУ» (разделы 3.2, 5.1, 5.2, 5.3)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	6
1. Развитие теории финансов здравоохранения.....	9
1.1. Правовые и организационно-экономические основы здравоохранения в Российской Федерации	9
1.2. Финансы здравоохранения: понятие и место в финансовой системе Российской Федерации. Особенности финансов здравоохранения	27
2. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в Российской Федерации	39
2.1. Характеристика основных моделей финансирования здравоохранения	39
2.2. Правовые основы бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации	54
2.3. Финансирование медицинских услуг в Российской Федерации: источники, порядок и особенности финансового обеспечения.....	65
3. Анализ источников и механизма финансирования системы здравоохранения Иркутской области	83
3.1. Анализ финансирования Территориальной программы государственных гарантий Иркутской области	83
3.2. Программно-целевые расходы областного бюджета Иркутской области на здравоохранение и их оценка	96
3.3. Совершенствование финансирования здравоохранения в регионе.....	109
4. Учреждения здравоохранения Иркутской области: финансовое обеспечение и оценка эффективности	121
4.1. Особенности структуры расходов учреждений здравоохранения Иркутской области	121
4.2. Методика экспресс-оценки финансового состояния учреждений здравоохранения	128
4.3. Экспресс-оценка финансового состояния районных больниц Иркутской области	138

5. Финансирование лекарственного обеспечения в России	165
5.1. Теоретические аспекты финансирования лекарственного обеспечения	165
5.2. Характеристика системы финансирования лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях	185
5.3. Проблемы и направления совершенствования финансирования лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях	211
Заключение	224
Список использованной литературы.....	226

ВВЕДЕНИЕ

За последние 30 лет осуществлены радикальные преобразования в экономической и финансовой системе страны. При этом отдельные сферы деятельности претерпели кардинальное реформирование, это в первую очередь касается отраслей материального производства. В некоторых сферах организационная основа была сформирована еще в советский период, и они также подверглись изменениям. Это относится к социальной сфере, в том числе к системе здравоохранения.

В 90-е гг. XX в. начала формироваться система частной медицины, а в государственном секторе принципиально изменились источники и механизм финансирования.

Реформа в системе здравоохранения была направлена на создание эффективной модели финансового обеспечения медицинской помощи, включая внедрение одноканальной модели финансирования, оптимизацию сети медицинских организаций, реформирование системы оплаты труда и введение оплаты «по результату» и др.

Несмотря на перманентные реформы в здравоохранении, в последние годы, обусловленные влиянием коронавирусной пандемии, комплексного осмысления всех проводимых мероприятий в научной литературе не осуществлялось. С другой стороны, отраслевой аспект финансов общественного сектора, и в частности финансов здравоохранения, глубоко не исследован, хотя данное направление очень актуально. Авторы, как правило, ограничиваются поверхностным анализом источников финансирования здравоохранения в странах, не углубляясь в особенности финансового механизма в здравоохранении и даже в организационные основы системы здравоохранения. Практически невозможно в научной и учебной литературе найти описание сети учреждений здравоохранения и их особенностей. За прошедший период реформирования сеть была оптимизирована и оптимизируется сейчас даже в условиях пандемии, но при этом реальную, объективную оценку потребности в медицинских учреждениях, объемах медицинской помощи никто не проводил.

Все это и определяет необходимость комплексного исследования финансов здравоохранения как отрасли социальной сферы, начиная с вопросов характеристики самой системы здравоохранения России и выявления особенностей ее финансов.

Значимость проведенного исследования заключается в научной новизне теоретических аспектов финансов здравоохранения, разработанной методике экспресс-оценки финансовой деятельности учреждений здравоохранения и ее апробации, а также в актуальности научных результатов, полученных при анализе региональной системы здравоохранения на примере Иркутской области.

Монография состоит из пяти глав.

В первой главе «Развитие теории финансов здравоохранения» представлены правовые и организационно-экономические основы функционирования здравоохранения в России, раскрывается понятие финансов здравоохранения, определяется их место в финансовой системе страны, выделяются их особенности.

Во второй главе «Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в Российской Федерации» дается характеристика моделей финансирования здравоохранения в мире, представлены правовые основы бесплатной медицинской помощи в России, выделены источники и порядок финансирования медицинских услуг.

В третьей главе «Анализ источников и механизма финансирования системы здравоохранения Иркутской области» представлены результаты анализа финансирования Территориальной программы государственных гарантий и оценки эффективности программно-целевого бюджетирования в здравоохранении региона.

Четвертая глава «Учреждения здравоохранения Иркутской области: финансовое обеспечение и оценка эффективности» посвящена выделению особенностей структуры расходов учреждений отрасли и апробации предложенной авторами методики экспресс-оценки финансового состояния учреждений на примере районных больниц региона.

Пятая глава «Финансирование лекарственного обеспечения в России» включает описание теоретических аспектов финансирования лекарственного обеспечения, характеристику этой системы в амбулаторных условиях, выявление проблем и направлений совершенствования финансирования лекарственного обеспечения в России.

При работе над монографией использовались методы статистического, сравнительного анализа, применялись исторический и комплексный подходы к изложению материала.

Положения и выводы иллюстрируются статистическими данными, представленными в таблицах, рисунках, сопровождаются ссылками на нормативно-правовые акты.

Монография подготовлена коллективом авторов, в состав которого входят как научные сотрудники, так и практические работники сферы здравоохранения.

1. РАЗВИТИЕ ТЕОРИИ ФИНАНСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Правовые и организационно-экономические основы здравоохранения в Российской Федерации

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь¹.

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Основным законодательным актом в области здравоохранения в Российской Федерации является Федеральный закон «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (далее – Закон № 323-ФЗ).

В соответствии с этим законом основными принципами охраны здоровья являются:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

¹ Конституция Российской Федерации : принята всенародным голосованием 12 дек. 1993 г. : (изм. от 1 июля 2020 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

– ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.

Организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения¹ (рис. 1).

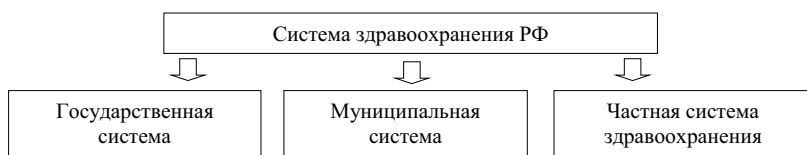


Рис. 1. Система здравоохранения Российской Федерации

Государственную систему здравоохранения составляют:

– подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам государственной власти субъектов РФ медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья;

– федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы;

– исполнительные органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти.

Аналогично, муниципальную систему здравоохранения составляют:

– органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;

– подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон РФ от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ : (изм. от 26 марта 2022 г.) // СПС «Консультант-Плюс».

Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

Одним из основных вопросов организации функционирования системы здравоохранения России является разграничение полномочий в сфере охраны здоровья между уровнями власти.

В соответствии с Законом № 323-ФЗ федеральные органы государственной власти в сфере охраны здоровья имеют следующие полномочия (табл. 1, 2).

Таблица 1

Полномочия федеральных органов государственной власти
в сфере организации и управления здравоохранением

№ п/п	Полномочия
1	Проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья
2	Защита прав и свобод человека и гражданина в сфере охраны здоровья
3	Управление федеральной государственной собственностью, используемой в сфере охраны здоровья
4	Организация системы санитарной охраны территории РФ
5	Организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора
6	Реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах
7	Лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья
8	Организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья, в том числе за соблюдением требований технических регламентов в сфере охраны здоровья
9	Ведение федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, в том числе обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством РФ
10	Обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация
11	Международное сотрудничество России в сфере охраны здоровья, включая заключение международных договоров

№ п/п	Полномочия
12	Подготовка и представление палатам Федерального Собрания РФ не позднее 1 июня года, следующего за отчетным годом, ежегодного государственного доклада о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья
13	Установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья

Таблица 2

**Полномочия федеральных органов государственной власти
в сфере организации и контроля за медицинской помощью**

Сфера полномочий	Полномочия
Организация медицинской помощи	Организация оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти
	Организация проведения медицинских экспертиз, осмотров и освидетельствований в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти
	Организация оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти
	Организация медицинской деятельности, связанной с трансплантацией (пересадкой) органов и тканей человека, в том числе с донорством органов и тканей в целях трансплантации (пересадки), в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти
	Организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, а также организация обеспечения лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи, проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований
	Организация медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд РФ

Сфера полномочий	Полномочия
Организация медицинской помощи	Организация обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антивирусными лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ
	Организация обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ
Контроль и надзор в здравоохранении	Организация и осуществление контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями
	Мониторинг безопасности медицинских изделий, регистрация побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью людей при обращении зарегистрированных медицинских изделий

Основным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, является Министерство здравоохранения РФ. Оно координирует и контролирует деятельность организаций, находящихся в его ведении:

- Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения;
- федеральные государственные учреждения;
- федеральные государственные унитарные предприятия;
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

На 1 мая 2021 г. в ведении Министерства здравоохранения РФ находятся: 45 учреждений науки; 51 учреждение образования; 23 специализированных учреждений здравоохранения; 32 санаторно-курортных учреждения; 4 иных учреждения; 8 казенных учреждений (психиатрических больниц); 2 государственных унитарных предприятия.

К полномочиям Министерства здравоохранения Российской Федерации относятся, кроме общих, следующие:

- установление требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

- утверждение соответствующей номенклатуры в сфере охраны здоровья (медицинских организаций, коечного фонда по профилям медицинской помощи, медицинских услуг, должностей медицинских работников и фармацевтических работников, специальностей специалистов, имеющих медицинское и фармацевтическое образование);

- установление общих требований к структуре и штатному расписанию медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения;

- утверждение порядка организации направления граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета;

- утверждение порядка назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, медицинские изделия, порядка оформления этих бланков, их учета и хранения;

- утверждение порядка медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), включающего определение клинических признаков опьянения и правила проведения химико-токсикологических исследований;

- утверждение правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований;

- организация обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной этиологии, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта – Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами.

Основной объем расходных полномочий приходится на субъекты РФ. Так, в соответствии с законом к полномочиям органов госу-

дарственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, кроме общих, относятся:

- разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования;

- организация оказания населению субъекта РФ первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта РФ;

- организация проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта РФ;

- организация медицинской деятельности, связанной с трансплантацией (пересадкой) органов и тканей человека, в том числе с донорством органов и тканей в целях трансплантации (пересадки), в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта РФ;

- организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, а также организация обеспечения лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи, проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории субъекта РФ;

- организация осуществления мероприятий по проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с законодательством РФ;

- организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний,

приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности;

- установление мер социальной поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и по организации обеспечения указанных лиц лекарственными препаратами;

- установление случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций вне таких медицинских организаций, а также в иных медицинских организациях;

- установление порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не по территориально-участковому принципу;

- информирование населения субъекта РФ, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, на территории субъекта РФ, осуществляемое на основе ежегодных статистических данных, а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий¹.

Отдельные полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья могут быть переданы ими для осуществления органам местного самоуправления в соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ. В этом случае оказание медицинской помощи гражданам осуществляется медицинскими организациями муниципальной системы здравоохранения.

Все медицинские услуги в РФ осуществляются организациями разной формы собственности и различной организационно-правовой формы, которые создаются в соответствии с единой номенклатурой учреждений здравоохранения, утвержденной приказом Министер-

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон РФ от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ.

ства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. № 529н¹. Эта номенклатура распространяется и на частные организации здравоохранения.

Деятельность всех медицинских организаций, представленных в табл. 3, лицензируется.

Таблица 3

Номенклатура организаций здравоохранения

Формы учреждений	Единицы номенклатуры
Лечебно-профилактические медицинские организации	Больница, в том числе детская
	Больница скорой медицинской помощи
	Участковая больница
	Специализированные больницы (инфекционные, психиатрические, туберкулезные и др.)
	Родильный дом
	Госпиталь
	Медико-санитарные часть, в том числе центральная
	Дом (больница) сестринского ухода
	Хоспис
	Лепрозорий
	Диспансеры, в том числе врачебно-физкультурные, кардиологические, кожно-венерологические, наркологические, онкологические, офтальмологические, противотуберкулезные, психоневрологические, эндокринологические
	Амбулатория, в том числе врачебная
	Поликлиники, в том числе детские, включая консультативно-диагностические, медицинской реабилитации, психотерапевтические, стоматологические, физиотерапевтические
	Женская консультация
	Дом ребенка, в том числе специализированный
	Молочная кухня
	Центры, в том числе детские (вспомогательных репродуктивных технологий, высоких медицинских технологий, гериатрические, диабетологические, диагностические, центры здоровья и др.)

¹ Об утверждении номенклатуры медицинских организаций : приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 авг. 2013 г. № 529н : (ред. от 19 февр. 2020 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

Формы учреждений	Единицы номенклатуры
Лечебно-профилактические медицинские организации	Медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови (станция скорой медицинской помощи, станция переливания крови, центр крови)
	Санаторно-курортные организации (бальнеологическая лечебница, грязелечебница, курортная поликлиника, санаторий, санаторий для детей, санаторий-профилакторий, санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия)
Медицинские организации особого типа	Центры (общественного здоровья и медицинской профилактики, медицины катастроф, медицинский мобилизационный резерв «Резерв», медицинский информационно-аналитический, медицинский биофизический, военно-врачебной экспертизы, судебно-медицинской экспертизы)
	Бюро (медико-социальной экспертизы, медицинской статистики, патолого-анатомическое, судебно-медицинской экспертизы)
	Лаборатории (клинико-диагностические, бактериологические)
	Медицинский отряд, в том числе специального назначения
	Отдельный медицинский батальон
Медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	Центры гигиены и эпидемиологии
	Противочумный центр (станция)
	Дезинфекционный центр (станция)
	Центр гигиенического образования населения
	Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора

Размещение сети государственных организаций здравоохранения на территории станы определяется нормативными документами Министерства здравоохранения РФ.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» от 27 февраля 2016 г. № 132н:

– медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в экстренной форме, за исключением станций скорой медицинской помощи, отделений скорой медицинской помощи поликлиник

(больниц, больниц скорой медицинской помощи), размещаются с учетом транспортной доступности, не превышающей 60 мин.;

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в неотложной форме, размещаются с учетом транспортной доступности, не превышающей 120 мин.;

- место расположения и территория обслуживания станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи) устанавливаются с учетом численности и плотности населения, особенностей застройки, состояния транспортных магистралей, интенсивности автотранспортного движения, протяженности населенного пункта, с учетом 20-минутной транспортной доступности;

- медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в населенных пунктах с численностью населения свыше 20 тыс. чел., размещаются с учетом шаговой доступности, не превышающей 60 мин.¹

Указанные параметры могут обоснованно корректироваться не только с учетом транспортной доступности, но и климатических и географических особенностей субъектов Российской Федерации.

Размещение отдельных видов медицинских организаций, включенных в номенклатуру медицинских организаций, исходя из условий, видов, форм оказания медицинской помощи и рекомендуемой численности обслуживаемого населения осуществляется в соответствии с табл. 4.

Медицинские организации иных видов размещаются по решению субъекта РФ при наличии потребности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

В населенных пунктах с численностью населения от 10 до 20 тыс. чел. по решению субъекта РФ возможно размещение нескольких врачебных амбулаторий или центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), либо одной поликлиники.

Медицинские организации могут быть представлены разными формами собственности и различной организационно-правовой формой.

В государственной и муниципальной системе здравоохранения медицинские организации представлены унитарными некоммерческими организациями:

¹ О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения : приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 февр. 2016 г. № 132н // СПС «КонсультантПлюс».

Таблица 4

Размещение медицинских организаций в соответствии с условиями, видами и формами медицинской помощи

Условия оказания медицинской помощи	Вид медицинской организации	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
Вне медицинской организации	Станция скорой медицинской помощи	Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	Экстренная, неотложная	Одна на свыше 50 тыс. чел.
	Амбулатория, в том числе врачебная, или центр (отделение) общей врачебной практики (семейной медицины)	Первичная врачебная медицинская помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь	Плановая, неотложная	Одна на 2–10 тыс. чел.
	Поликлиника			Одна на 20–50 тыс. чел.
В амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара	Детская поликлиника	Первичная врачебная медицинская помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь	Плановая, неотложная	Одна на 10–30 тыс. детей
	Центр консультативно-диагностический (поликлиника консультативно-диагностическая)	Первичная специализированная медико-санитарная медицинская помощь		Одна на 250 тыс. чел.
	Центр консультативно-диагностический детский (поликлиника консультативно-диагностическая детская)			Одна на 100 тыс. детей

Продолжение табл. 4

Условия оказания медицинской помощи	Вид медицинской организации	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
В амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара	Поликлиника стоматологическая	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь	Плановая, неотложная	Не менее одной до 100 тыс. чел. Одна на 20–50 тыс. детей
	Детская стоматологическая поликлиника			
	Диспансер психоневрологический	Первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	Плановая, неотложная, экстренная	Не менее одной на субъект РФ
	Диспансер наркологический			
	Диспансер кожно-венерологический			
В амбулаторных условиях, в стационарных условиях, в условиях дневного стационара	Диспансер противотуберкулезный	Первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь		
	Диспансер онкологический			
	Участковая больница	Первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	Плановая, неотложная	Одна на 5–20 тыс. чел.
В стационарных условиях, в условиях дневного стационара	Городская больница	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	Плановая, неотложная, экстренная	Одна на 20–300 тыс. чел. Одна на 20–200 тыс. детей
	Детская городская больница			

Окончание табл. 4

Условия оказания медицинской помощи	Вид медицинской организации	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
В стационарных условиях, в условиях дневного стационара	Районная больница	Специализированная медицинская помощь	Плановая, неотложная, экстренная	Одна на 20–100 тыс. чел.
	Краевая, республиканская, областная, окружная больница	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь		Не менее одной на субъект РФ
	Детская краевая, республиканская, областная, окружная больница			
	Больница инфекционная	Специализированная медицинская помощь		Одна на 500 тыс. детей
	Больница инфекционная детская			

- государственными и муниципальными учреждениями (бюджетными, автономными, казенными);
- автономными некоммерческими организациями;
- государственными и муниципальными предприятиями (например, аптеки).

При этом в соответствии со ст. 31 Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ психиатрические больницы (стационары) специализированного типа с интенсивным наблюдением, лепрозории и противочумные учреждения могут быть созданы только в форме казенных учреждений.

Большинство медицинских организаций в государственной и муниципальной системе здравоохранения страны представлены бюджетными учреждениями, находящимися в ведении субъектов РФ.

В частной системе здравоохранения медицинские организации могут быть представлены такими организационно-правовыми формами, как частные учреждения, автономные некоммерческие организации, относящиеся к некоммерческим организациям, и хозяйственные товарищества и общества, относящиеся к коммерческим организациям. Для характеристики системы здравоохранения рассмотрим количество медицинских организаций по видам в динамике¹ (табл. 5).

Таблица 5

Динамика сети медицинских организаций в России в 2015–2020 гг.

Вид организации	2015	2018	2019	2020
Количество больничных организаций	5 433	5 257	5 130	5 065
из них частной формы собственности	180	259	274	294
Диспансеры	702	640	603	588
Дома ребенка	166	145	139	136
Больницы скорой медицинской помощи	48	49	49	49
Станции (отделения) скорой медицинской помощи	2 561	2 276	2 211	2 113
Госпитали для ветеранов войн	64	63	63	62
Количество амбулаторно-поликлинических организаций	18 564	20 228	21 216	22 891
из них частной формы собственности	3 749	4 866	5 335	6 234

¹ Здравоохранение в России. 2021 : стат. сб. / Росстат. Москва, 2021. 171 с.

Вид организации	2015	2018	2019	2020
Женские консультации, детские поликлиники, отделения	14 300	19 100	20 000	20 900
Фельдшерско-акушерские пункты	34 300	33 600	33 600	33 600
Самостоятельные стоматологические поликлиники	670	613	597	578
Санаторно-курортные организации и организации отдыха	3 689	6 772	6 990	6 918
Итого	84 426	91 592	96 207	99 428

Приведенные данные (см. табл. 5) позволяют наглядно увидеть, что количество медицинских организаций в России в 2015–2020 гг. увеличилось. Доминирующая роль в сети медицинских организаций, по данным статистики, принадлежит государственным медицинским организациям. Хотя количество частных больничных и амбулаторно-поликлинических организаций неизменно растет (более чем в 2 раза за рассматриваемый период). Это связано с повышением спроса на качественные узкопрофильные медицинские услуги, который государственные учреждения в полном объеме удовлетворить не в состоянии. В то же время частные медицинские организации могут принимать участие в оказании бесплатной медицинской помощи населению, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

К видам медицинской помощи относятся:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

– амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), включая на дому при вызове медицинского работника;

– в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

– стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формами оказания медицинской помощи являются:

– экстренная -медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу для жизни пациента;

– неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни пациента;

– плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью¹.

Медицинские организации при оказании медицинской помощи фактически предоставляют медицинские услуги населению.

Единицы услуг для медицинской помощи, оказываемой в разных условиях, свои. Например, для скорой медицинской помощи единицей услуги является вызов либо число лиц, которым оказана медицинская помощь; для медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, – посещения либо обращения в связи с заболеванием; медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях, имеет в качестве объемного показателя услуг койко-дни, случаи госпитализации, а в условиях дневного стационара – пациенто-дни, случаи лечения.

Вызовы, посещения, койко-дни – это основные «производственные» показатели здравоохранения, относящиеся к оперативно-сетевым показателям, а точнее к контингенту. Динамика контингента медицинских организаций России за 2015–2020 гг.² представлена в табл. 6.

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон РФ от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ.

² Здравоохранение в России. 2021 : стат. сб.

Таблица 6

Динамика контингента медицинских организаций
в России за 2015–2020 гг.

Показатель	Ед. изм.	2015	2018	2019	2020
Койки в больничных организациях из них частной формы собственности	тыс.	1 222,0	1 172,8	1 173,6	1 188,8
	тыс.	12,8	17,3	20,5	23,3
Койки в диспансерах	тыс.	118,2	106,6	105,7	103,3
Число детей в домах ребенка	чел.	10 245	7 524	7 059	6 166
Численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах	млн чел.	47,7	45,6	45,7	45,5
Койки в госпиталях для ветеранов войн	тыс.	16,1	16,3	16,3	15,7
Количество посещений амбулаторно-поликлинических организаций в смену из них частной формы собственности	тыс.	3 861	3 998	4 072	4 147
	тыс.	252,7	348,7	400,1	448,2
Количество мест в санаторно-курортных организациях и организациях отдыха	тыс.	447	434	437	439

Данные табл. 6 свидетельствуют о допандемийных тенденциях в сфере здравоохранения, ориентированных на оптимизацию сети медицинских учреждений и, соответственно, на сокращение числа оказываемых медицинских услуг. Выросло только количество посещений амбулаторно-поликлинических организаций в смену, в первую очередь за счет частных организаций. Несмотря на рост числа коек в частных медицинских организациях, совокупный объем количества коек сокращается, т.е. частный сектор не покрывает снижение государственных услуг.

Стоит отметить, что 2020 г. уже характеризовался первыми волнами пандемии, что не могло не отразиться на потребности в медицинской помощи. Однако, статистика приводит обратные показатели, что свидетельствует о невозможности системы здравоохранения оказывать больший объем медицинской помощи в стране. В этот период существовал предел мощностей медицинских организаций.

Для целей финансирования медицинской помощи в РФ и расчета стоимости единицы медицинской услуги применяется детализиро-

ванный перечень медицинских услуг, утвержденный приказом Минздрава России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 13 октября 2017 г. № 804н.

При организации нормативно-подушевого финансирования по системе обязательного медицинского страхования за основу берутся указанные выше объемные показатели деятельности скорой медицинской помощи и помощи, оказываемой амбулаторно. При оказании помощи в стационарных условиях оплата производится за законченный случай лечения заболевания.

Деятельность медицинских организаций специфическая, характеризующаяся специфическими показателями сети и контингента. От этих показателей зависит величина и уровень финансирования здравоохранения в стране.

1.2. Финансы здравоохранения: понятие и место в финансовой системе Российской Федерации.

Особенности финансов здравоохранения

Финансы здравоохранения представляют собой отраслевые финансы и являются частью экономики здравоохранения.

Финансы здравоохранения – это система денежных отношений по формированию и использованию финансовых ресурсов в распоряжении субъектов здравоохранения для предоставления услуг здравоохранения с целью сохранения человеческого капитала и воспроизводства населения через удовлетворение общественных и личных потребностей.

Субъектами здравоохранения являются:

- получатели медицинских услуг – население;
- организации здравоохранения;
- страховые компании;
- фонды обязательного медицинского страхования;
- органы власти и управления, участвующие в процессе бюджетного финансирования здравоохранения;
- органы управления здравоохранением.

Суть финансов здравоохранения проявляется через финансовые отношения, которые возникают между субъектами здравоохранения: в конечном итоге между получателями медицинских услуг и организациями здравоохранения – в процессе перераспределения финансовых ресурсов, опосредующих оказание услуг здравоохранения (рис. 2).

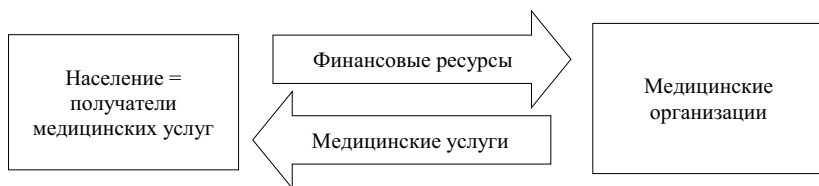


Рис. 2. Схема финансовых отношений в здравоохранении

Носителями финансовых отношений в здравоохранении являются финансовые ресурсы – это доходы, денежные поступления и накопления, формируемые субъектами здравоохранения, кроме получателей медицинских услуг, в результате перераспределения валового внутреннего продукта (ВВП) (рис. 3).

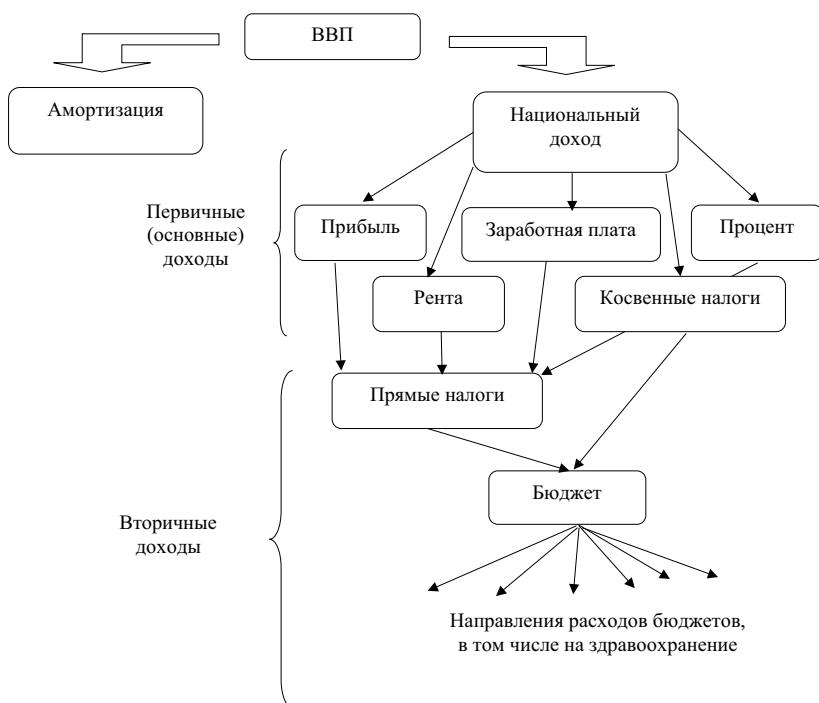


Рис. 3. Схема перераспределения валового внутреннего продукта

На этапе распределения ВВП происходит формирование первичных доходов экономических субъектов. В состав первичных доходов попадают доходы частных медицинских организаций. В дальнейшем происходит перераспределение первичных доходов с помощью бюджетов бюджетной системы РФ. За счет бюджетов финансируется медицинская помощь, оказываемая в основном государственными медицинскими учреждениями.

Таким образом, в результате распределения и перераспределения ВВП происходит формирование и использование финансовых ресурсов в здравоохранении субъектами разных организационно-правовых форм. Формирование финансовых ресурсов происходит различными методами: рыночным, бюджетным и страховым (рис. 4).

Использование финансовых ресурсов в здравоохранении связано либо с расширенным воспроизводством, либо с конечным потреблением этих ресурсов медицинскими организациями всех форм собственности.

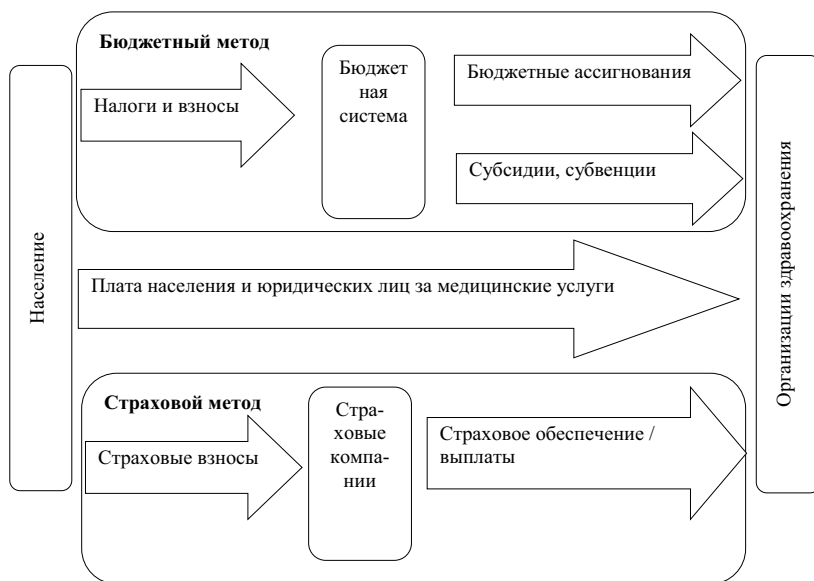


Рис. 4. Схема формирования финансовых ресурсов в здравоохранении

Формирование российской системы здравоохранения началось еще в СССР. В то время здравоохранение гарантировало всем гражданам бесплатное и общедоступное медицинское обслуживание. Единственным источником финансирования отрасли являлся государственный бюджет. Однако практика хронического недофинансирования отрасли в условиях высокого бюджетного дефицита к концу 80-х и началу 90-х гг. XX в. не позволяла отрасли развиваться. Изменяющиеся экономические условия и переход страны на рыночные отношения повлияли на организационно-правовые формы медицинских организаций. Это потребовало поиска новых форм финансирования здравоохранения и методов финансово-хозяйственной деятельности медицинских учреждений. Именно в этот период (с 1993 г.) в России начала формироваться бюджетно-страхования модель.

На протяжении последующих 20 лет происходило дальнейшее приспособление механизма финансирования отрасли к требованиям времени. Трансформация финансового механизма в здравоохранении привела к тому, что место финансов здравоохранения в финансовой системе кардинально изменилось. Если в СССР медицинскую помощь предоставляли только государственные учреждения, то в последующем было разрешено создавать частные медицинские организации, что привело к усложнению финансового механизма в здравоохранении. На современном этапе финансы здравоохранения включены как в сферу государственных и муниципальных финансов, так и в сферу частных финансов (рис. 5).

Звенья в финансовой системе, в том числе и финансы здравоохранения, выделяются не только в зависимости от формы собственности, но и с учетом специфики отрасли и особенностей механизма формирования и использования финансовых ресурсов, т.е. особенностей финансового механизма.

В российской финансовой науке «финансовый механизм» – это совокупность видов и форм организации финансовых отношений, специфических методов формирования и использования финансовых ресурсов и способов их количественного определения [41, с. 30; 40, с. 66].

Это понятие было сформулировано в 1970-е гг. в работах М.А. Песселя [23] применительно к финансам предприятий. В трудах В.П. Иваницкого [9], В.И. Самарухи [28] финансовый механизм был рассмотрен применительно к отраслям народного хозяйства. На наш взгляд, данное понятие применимо и к другим сферам финансовых отношений, в частности к здравоохранению.



Рис. 5. Место финансов здравоохранения в финансовой системе РФ

В дальнейшем, Ю.М. Березкин [3] предложил финансово-инженерную трактовку понятия финансового механизма.

Финансовый механизм в здравоохранении имеет свои особенности, обусловленные его местом в финансовой системе государства, которое характеризуется одновременным нахождением и в составе государственных и муниципальных финансов, и в составе частных финансов.

Из всех элементов финансового механизма (рис. 6) в здравоохранении существенные особенности характерны для формирования и использования финансовых ресурсов и способов их получения.

По нашему мнению, основные особенности финансов здравоохранения проявляются в формировании и использовании финансовых ресурсов.

Организационные особенности.

1. Большая часть медицинской помощи оказывается населению бесплатно. При этом основными источниками финансирования бесплатной медицинской помощи являются средства фондов обязательного медицинского страхования и средства бюджетов (федерального, региональных, а иногда и местных).

2. Учреждения здравоохранения для осуществления своей деятельности должны получить соответствующую лицензию. Затраты по ее получению отражаются в балансе как нематериальный актив.

3. Наибольшее число функционирующих учреждений здравоохранения представлены государственными бюджетными учреждениями. Выбор организационно-правовой формы связан с особенностью самой отрасли здравоохранения и ее услуг. Предоставление медицинских услуг по своей природе не должно и не может быть нацелено на получение прибыли. Кроме того, поставщик услуг не может отказать в их предоставлении нуждающемуся. В связи с этим расходы на здравоохранение рассматривают как инвестиции в человека, а в СССР отрасль здравоохранения считалась особой отраслью социальной непроеизводственной сферы (где не производят услуги).

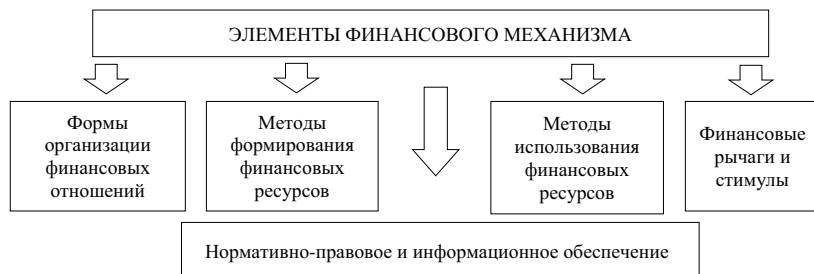


Рис. 6. Основные элементы финансового механизма

Функционирование частных учреждений здравоохранения противоречит самой природе оказания медицинской помощи. Однако в целях расширения доступности медицинской помощи деятельность частных медицинских организаций может быть оправдана.

С другой стороны, доминирующая организационно-правовая форма медицинских учреждений (бюджетные учреждения) влияет на особенности финансовой деятельности во всей отрасли. Например, в части распространения государственного задания для учреждений, контрактной системы закупок в здравоохранении, казначейского механизма финансирования расходов отрасли и др.

Таким образом, финансирование учреждений здравоохранения основано на следующих принципах:

- социальная направленность деятельности организаций;
- невозможность отказать в оказании услуги потребителю;
- отсутствие нацеленности на получение прибыли;
- преимущественно бюджетное финансирование;
- целевой характер использования финансовых ресурсов;
- открытость бюджета учреждений здравоохранения.

4. Большинство государственных учреждений здравоохранения представлены учреждениями регионального уровня, хотя источниками их финансирования в основном являются бюджеты территориальных фондов ОМС, а также федеральный бюджет наряду с региональными бюджетами.

Традиционно еще со времен СССР учреждения здравоохранения находились в муниципальном ведении, а сформировавшаяся сеть учреждений отрасли реально отражала потребности населения в медицинских учреждениях. В 2010-х гг. полномочия в сфере здравоохранения были переданы с муниципального уровня (городского и районного) на уровень субъектов РФ. Это привело к тому, что наибольшая доля расходов на здравоохранение стала приходиться на бюджеты субъектов РФ в консолидированном бюджете. Однако последовавшая после этого оптимизация сети медицинских учреждений вернула на повестку дня вопрос о доступности медицинской помощи населению страны, особенно в отдаленных территориях и сельской местности.

С нашей позиции, в основу разграничения расходов на здравоохранение между бюджетами в России должны быть положены следующие критерии:

- территориальной доступности медицинской помощи с учетом видов медицинской помощи (в первую очередь скорая медицинская

помощь и первичная медико-санитарная помощь должны быть доступны всему населению страны);

- возможности обеспечения полноценных гарантий в области здравоохранения для населения, что требует достаточности средств в соответствующем бюджете;

- экономической эффективности, предполагающий внедрение эффективного с позиции затрат механизма финансового обеспечения деятельности медицинских организаций;

- равномерности размещения сети и штатов медицинских организаций, способствующий выполнению территориальной доступности (его реализация не позволит продолжать оптимизацию сети и штатов медицинских учреждений);

- ответственности, предполагающий, что каждый уровень власти должен нести ответственность за полноту и своевременность предоставления медицинских услуг и их финансирование.

5. Большая часть учреждений здравоохранения представляет собой многопрофильные структуры, имеющие особенности финансирования каждого структурного подразделения и даже отдельных медицинских услуг.

6. Нормативно-правовое обеспечение финансов здравоохранения уникально, обладает отраслевой спецификой, обусловленной особенностями оказываемых медицинских услуг, источником их финансирования, организационно-правовыми формами медицинских учреждений и другими факторами. Наличие законодательства для каждого метода формирования финансовых ресурсов усложняет процесс не только финансового обеспечения здравоохранения, но и оказания медицинской помощи в целом.

Особенности формирования и использования финансовых ресурсов.

1. Учет денежных потоков в медицинских учреждениях осуществляется раздельно по источникам их финансирования: отдельно бюджетное финансирования, платные услуги и средства обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Причем учет средств бюджетного финансирования зависит от организационно-правовой формы учреждения, и для бюджетных и автономных учреждений обеспечивается обособленный учет всех видов выделяемых субсидий: на выполнение государственного задания, иные цели и на цели осуществления капитальных вложений (бюджетные инвестиции).

К сожалению, не все формы отчетности медицинских учреждений позволяют видеть такой срез информации. Например, в балан-

се учреждений обособленно указываются только целевые субсидии общей суммой; субсидии на выполнение государственного задания; собственные доходы учреждения, к которым отнесены и средства от платных услуг, и средства ОМС. На наш взгляд, средства ОМС целесообразно в отчетности отражать отдельной графой.

2. Основой финансового планирования медицинских услуг, финансируемых из бюджетов бюджетной системы, является планирование медицинских услуг, которое находит отражение в государственном задании. Для ОМС государственное задание не формируется.

Государственное задание содержит не только плановые показатели объемов медицинских услуг, но и показатели их качества. Оно создает основу нормативно-подушевого финансирования медицинских учреждений и позволяет организовать финансирование учреждений в зависимости от объема оказываемых медицинских услуг.

Расчет нормативов затрат на оказание медицинских услуг осуществляет главный распорядитель бюджетных средств, выдающий учреждению государственное задание. В настоящее время внедряются единые нормативы оказания медицинских услуг в регионах.

3. Основными финансовыми документами государственных учреждений здравоохранения являются план финансово-хозяйственной деятельности (для бюджетных и автономных учреждений) и смета (для казенных учреждений). Их формирование регламентируется как нормативно-правовыми актами Министерства финансов РФ, так и отраслевыми, издаваемыми Министерством здравоохранения РФ и региональными органами управления здравоохранением.

В настоящее время план финансово-хозяйственной деятельности формируется в разрезе источников финансирования учреждений здравоохранения и должен обеспечивать раздельный учет расходов учреждений по видам источников финансирования.

План финансово-хозяйственной деятельности и смета учреждений здравоохранения должны формироваться не только с учетом объемных показателей услуг в государственном задании, но и с учетом плана закупок, составляемого на основе нормирования закупочной деятельности.

4. Закупки для нужд учреждений здравоохранения осуществляются в соответствии с требованиями федеральных законов «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 5 апреля 2013 г.

№ 44-ФЗ¹ и «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ².

В соответствии с этими законами преимущественными способами определения поставщика являются конкурсные способы, к числу которых относятся аукционы, конкурсы, запросы котировок, запросы предложений. Данные способы определения поставщика позволяют экономить средства учреждений на закупку товаров, работ, услуг.

5. В структуре расходов учреждений здравоохранения, как и в остальных отраслях социальной сферы, доминируют расходы на заработную плату. Однако, в отличие от образования, культуры, спорта, расходы на заработную плату в здравоохранении в относительной величине к совокупным расходам несколько ниже. Это обусловлено достаточно большой долей расходов учреждений здравоохранения на закупку медицинского оборудования и медикаментов, иногда дорогостоящих. Например, согласно Отчету о поступлениях и выбытиях средств бюджетных учреждений за 2021 г. доля расходов на заработную плату с начислениями на нее у учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения РФ, в совокупных расходах составила 53,6 % (в других отраслях социальной сферы она равна 70–72 %).

Расходы на заработную плату в учреждениях здравоохранения являются не только доминирующими в структуре, но и самыми приоритетными. Ранее их называли «защищенными расходами». В настоящее время такой термин в законодательстве не используется, однако на практике приоритетность сохраняется, так как по действующему Трудовому кодексу РФ невыполнение обязательств по оплате труда влечет административную, а иногда и уголовную ответственность.

Кроме того, независимо от источников финансирования учреждений здравоохранения, плановой структуры затрат на оказание медицинских услуг, заработная плата конкретных работников и фонд оплаты труда (ФОТ) всего учреждения рассчитываются на основе фактически отработанного времени, фактически оказанных услуг с

¹ О контрактной системе в сфере закупок товаров, работы, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд : федер. закон РФ от 5 апр. 2013 г. № 44-ФЗ : (ред. от 26 марта 2022 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

² О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц : федер. закон РФ от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ : (ред. от 2 июля 2021 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

учетом положений Постановления Правительства РФ «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений» от 5 августа 2008 г. № 583¹.

Обязательность выплаты заработной платы работникам учреждений социальной сферы по факту изменяет структуру тарифа на оказание медицинских услуг и в отдельные периоды ставит под вопрос финансирование других видов расходов в учреждении.

6. Исполнение расходов большинства государственных учреждений здравоохранения осуществляется через органы Федерального казначейства, обеспечивая таким образом реализацию казначейского механизма исполнения бюджета. Однако именно в здравоохранении для отдельных видов источников финансирования возможно одновременное открытие и лицевых счетов в органах казначейства, и расчетных счетов в коммерческих банках. Например, при финансировании «родовых сертификатов».

7. Баланс государственного (муниципального) учреждения представляет собой документ, в котором представлены результаты формирования и использования финансовых ресурсов на определенную дату. В пассиве баланса отражаются финансовые ресурсы учреждения, а в активе – направления их использования.

Баланс учреждений здравоохранения имеет некоторые особенности.

В структуре активов учреждений здравоохранения по балансу значительна доля основных фондов, составляющих медицинское оборудование, в отличие от других отраслей социальной сферы. В большинстве учреждений здравоохранения в активе в составе финансовых активов отсутствуют финансовые вложения (например, акции, долговые ценные бумаги и др.).

¹ О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений : постановление Правительства РФ от 5 авг. 2008 г. № 583 // СПС «Консультант Плюс».

Дебиторская задолженность практически отсутствует либо носит краткосрочный характер. При этом кредиторская задолженность всегда имеет место, причем краткосрочная. Долгосрочной кредиторской и дебиторской задолженности не должно быть у учреждений здравоохранения, как и несанкционированной задолженности.

Финансовый результат учреждения здравоохранения, как правило, отрицательный. Положительный финансовый результат (прибыль) может быть по платным услугам, но его получение сопряжено с риском потери безналогового статуса.

Таким образом, особая роль финансов здравоохранения в финансовой системе РФ связана с тем, что они одновременно являются частью как государственных, так и частных финансов. Финансы здравоохранения имеют свои особенности, обусловленные отраслевыми, организационно-правовыми и другими факторами.

2. БЮДЖЕТНО-СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1. Характеристика основных моделей финансирования здравоохранения

Ведущими экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (С. Хаканссон, В. Майнони, Д. Интиньяно, Г.Х. Муни, Дж.Л. Робертс, Дж.Л. Стоддарт, К.С. Йохансен, Х. Золлнер) предложена следующая классификация моделей систем здравоохранения:

- государственная – «система У. Бевериджа»;
- система социального страхования здоровья – «система О. Бисмарка»;
- негосударственная, рыночная или частная система – система, реализуемая в США¹.

Стоит отметить, что кроме предложенных «классических» моделей, в социалистических странах существовала «советская» модель системы здравоохранения – «модель Н.А. Семашко», созданная им после 1917 г. [29].

Основным критерием отличия одной системы от другой является источник ее финансирования, именно данный фактор оказывает наибольшее влияние на систему здравоохранения.

Рассмотрим «классическую» государственную модель – «систему У. Бевериджа». Данная система была реализована в Великобритании. В научных и иных информационных источниках рассматриваемую модель называют именем английского социального реформатора У.Г. Бевериджа (1879–1963).

Одной из основных особенностей организации системы здравоохранения в Великобритании является отсутствие государственных гарантий оказания медицинской помощи населению страны. Однако, несмотря на это, один из главных принципов системы здравоохране-

¹ Здравоохранение в России. 2021 : стат. сб. С. 61.

ния Великобритании – общедоступность медицинской помощи для всех жителей государства.

До настоящего времени организационная структура системы здравоохранения Великобритании была примером жесткой централизации, реализованной с помощью Национальной службы здравоохранения Великобритании (National Health Service, NHS) (рис. 7).

Систему NHS возглавляет действующий политик в статусе министра, которого выбирает правящая партия парламента Великобритании. Министерству напрямую подчиняются 14 региональных управлений здравоохранения (далее – РУЗ), данным управлениям подчиняются 145 местных управлений здравоохранения (далее – МУЗ), а также 90 управлений семейного здоровья (далее – УСЗ). Стоит отметить, что эти управления не подчиняются органам местного самоуправления, влияние реализуется только на верхнем уровне политической власти [11].

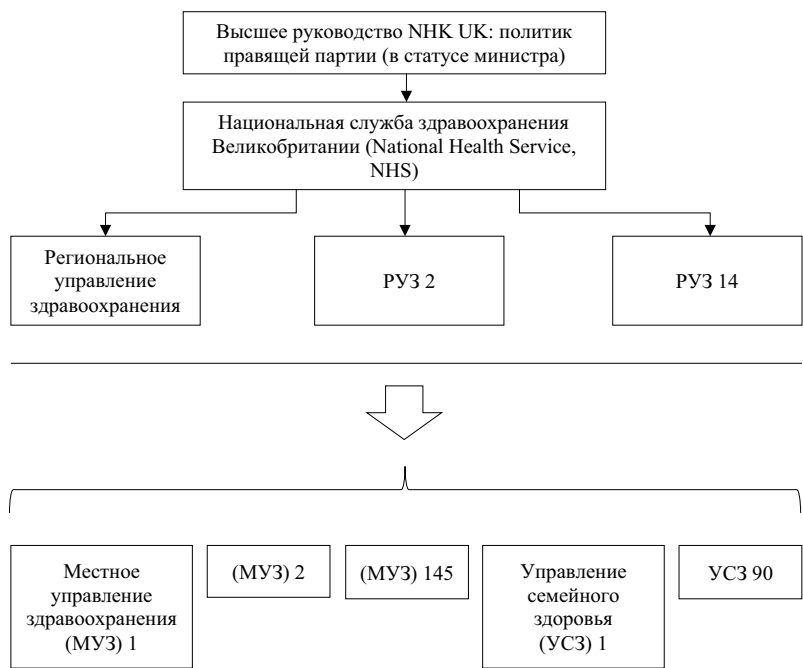


Рис. 7. Иерархическая структура Национальной службы здравоохранения Великобритании

В 1942 г. У. Беверидж представил свой знаменитый доклад «Социальное страхование и другие виды социального обслуживания», который послужил базисом для системы здравоохранения Великобритании. Хотя отправной точкой для рассматриваемой системы стал 1911 г. Именно в этом году был принят закон о государственном страховании, который обеспечивал право на помощь при болезни и нетрудоспособности, а также закон о страховании по безработице, в подготовке которых непосредственно участвовал У. Беверидж.

Реализация представленной системы началась с 1948 г., ее началу способствовали ратификация закона Великобритании «О Национальной службе здравоохранения» от 1946 г. (National Health Service Act) и аналогичного документа в Шотландии в 1947 г. (National Health Service (Scotland) Act) [11]. Таким образом, данная нормативно-правовая база позволила национализировать все медицинские учреждения страны.

Стоит отметить, что представленная иерархическая система NHS является обобщенным названием для четырех территориальных подразделений национальной медицинской системы Великобритании:

- Национальная служба здравоохранения Англии;
- Служба здравоохранения и социального обеспечения в Северной Ирландии (Health and Safety Executive for Northern, HSENI);
- Национальная служба здравоохранения Шотландии;
- Национальная служба здравоохранения Уэльса.

В NHS выделяется три уровня оказания медицинской помощи:

1. Первичная помощь – это медицинская помощь, оказываемая семейным врачом (врачом общей практики), одной из функций которого является выписка направлений на госпитализацию.

2. Стационарная помощь – это медицинская помощь, оказываемая в учреждениях со статусом «больница». Стоит упомянуть, что организацией «больницы» занимается региональный совет, члены которого назначаются непосредственно министерством здравоохранения.

3. Медицинская помощь на уровне местных органов власти [44, с. 36–38].

Финансирование системы NHS (рис. 8) в основном осуществляется за счет средств государственного бюджета, а именно за счет налоговых поступлений покрывается 87 % расходов системы. Средства социального страхования занимают 10 % расходов, оставшиеся 3 % – поступления от платных услуг.



Рис. 8. Структура источников финансирования Национальной службы здравоохранения Великобритании, %

Основной принцип финансирования NHS заключается в том, что оплата работы врачебного персонала осуществляется из расчета зарегистрированных пациентов, т.е. «деньги следуют за пациентом» [11].

Далее предлагается перейти к рассмотрению страховой модели О. Бисмарка. Данная модель – одна из первых исторически признанных «классических» моделей здравоохранения – модель социального страхования. Ее автором был легендарный канцлер Германии Отто фон Бисмарк. Разработанная им в 1881 г. и введенная во время исполнения обязанностей канцлера Германии в период с 1883 по 1899 г. На сегодняшний день во всем мире существуют различные вариации этой модели, в частности в странах Центральной и Восточной Европы. В России данная модель «страхования» начала свой путь с 1998 г. путем принятия Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹.

Можно сказать, что действующая в России система здравоохранения несет в себе многие схожие черты с моделью О. Бисмарка. Если

¹ Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний : федер. закон РФ от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ : (ред. от 30 дек. 2021 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

говорить про основу данной модели, то она базируется на принципах солидарности, субсидиарности, самоуправления и обязательном участии страхователей.

Стоит отметить, что отличительной чертой модели Бисмарка от модели Бевериджа является направленность медицинской помощи.

Таким образом, созданная система О. Бисмарка гарантировала лечение представителям определенных профессий.

Именно вопрос о компенсации вреда, причиненного в результате несчастного случая на производстве, стал основной причиной поиска альтернативных видов социального страхования. Именно рабочие в Германии в период индустриализации, используя свой численный рост, подняли вопрос о возложении обязанностей на работодателя, который при применении наемного труда формирует «капитал», возмещения вреда жизни и здоровью работников, возникших в результате выполнения ими своих обязанностей [11]. Сложившаяся ситуация начала процесс по введению медицинского и пенсионного страхования.

На сегодняшний день организационная структура здравоохранения в Федеральной Республике Германия (далее – ФРГ) разделена на два уровня: федеральный и земельный (рис. 9).

На федеральном уровне, кроме Федерального ведомства по вопросам здравоохранения (в РФ аналогом является Министерство здравоохранения РФ), есть различные ведомства, осуществляющие прямой и косвенный контроль и регулирование системы здравоохранения:

- Министерство труда и социальной защиты;
- Министерство по охране окружающей среды;
- Министерство образования и науки;
- Министерство питания, сельского хозяйства и лесничества.

Стоит отметить, что учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения, осуществляют деятельность по решению научных и административных задач медицинского профиля.

Таким образом, коечный фонд в размере 650 тыс. коек располагается в 2 500 медицинских учреждениях – клиниках, т.е. в среднем 260 коек на одну клинику. При этом большая часть данного фонда находится в собственности государства, часть в ведении федерального уровня, а часть принадлежит земельным общинам. Кроме того, существует почти 1 200 профилактических и реабилитационных организаций.

Одной из особенностей системы здравоохранения ФРГ является большое количество клиник и иных смежных учреждений, находя-

щихся в собственности общественно-полезных союзов (большей части церковных), на которые приходится около 40 % коечного фонда. Оставшаяся часть коечного фонда находится в собственности частных организаций.



*Рис. 9. Организационная структура системы здравоохранения
Федеральной Республики Германия*

Министерство здравоохранения ФРГ помимо функции регулирования, осуществляет контроль за допуском на внутренний рынок лекарственных препаратов. Часть данных функций также возложена на «Институт лекарственных препаратов» при Федеральном ведомстве по вопросам здравоохранения в Берлине и земельные контрольные органы.

Итак, перейдем к схеме финансирования. Первоначально в ФРГ были созданы фонды социального страхования, за счет которых производилась оплата медицинской помощи, выплата пособий по безработице и т.д. Затем данные фонды были трансформированы в больничные кассы, которые финансировались за счет взносов работодателей и работников.

Автор данной системы предполагал, что система обязательного социального страхования будет способствовать развитию общества.

На сегодняшний день система страхования ФРГ включает в себя самоуправляемые и самофинансируемые больничные кассы, которые были созданы как по территориальному, так и по отраслевому принципу.

Стоит отметить, что данные больничные кассы являются частными организациями, управление которыми происходит посредством советов, состоящих из представителей профсоюзов и работодателей. Больничные кассы объединяются по территориальной принадлежности в ассоциации, в рамках согласования с «медицинскими ассоциациями» тарифов на оказываемые медицинские услуги.

По данным ВОЗ¹, в ФРГ система обязательного социального страхования к 2010 г. обеспечивала 68 % общего объема финансирования системы здравоохранения, средства федерального бюджета и бюджетов земель составили более 7 %, сегмент частного страхования – 10 %, платная медицинская помощь покрыла 12 % общего объема финансирования.

Таким образом, финансовое обеспечение лечебно-профилактических учреждений осуществляется за счет аккумулирования средств различных источников, а именно: 60 % формируется за счет государственного медицинского страхования, из них 25 % составляет страхование семей трудящихся, 10 % – средства добровольного медицинского страхования (далее – ДМС), 15 % – общие налоги, 15 % – платные медицинские услуги. При этом стоит отметить, что фонды государственного медицинского страхования формируются за счет взносов работников, взносов работодателей и государственных источников.

¹ World Health Organization Global Health Observatory. URL: <http://apps.who.int/gho/data>.

Все граждане, получающие доход ниже установленного уровня, автоматически попадают под медицинское страхование, гражданам с более высоким уровнем дохода дается право перейти в частную систему страхования. Как и в России, в ФРГ за неработающее население уплату страховых взносов производят органы государственной власти (федерального и регионального уровня), но пенсионеры оплачивают взносы самостоятельно (сумма взноса рассчитывается в соответствии со средним процентом сборов на медицинское страхование для работающего населения – это примерно 8 %).

Размер взносов для застрахованных зависит от их пола, возраста, риска заболеваемости и структуры оказываемой медицинской помощи.

В основу расчета размера оплаты труда врача заложен метод «оплаты за медицинские услуги в баллах». Так, сумма заработанных врачом баллов рассчитывается в соответствии с результатами лечения. Ограничения в суммировании баллов для каждой услуги стабильны и размещены в специальных справочниках, при этом в соответствии с уровнем цен и инфляции, изменением методов медицинского обслуживания данные баллы пересматриваются.

Таким образом, можно выделить четыре основные особенности современной модели медицинского страхования в ФРГ:

- пациент получает помощь, которая ему требуется, бесплатно;
- имеется провайдер медицинской услуги, утвержденный и определенный в договоре по схеме;
- система социальной защиты гарантирует, что пациент получит такую помощь, которую требует состояние его здоровья;
- терапевты в данной системе аналогичны врачам общей практики в Великобритании.

Следовательно, такая система:

- способствует эффективному предоставлению медицинской помощи;
- формирует максимальный приток финансовых ресурсов;
- помогает в определении прав пациентов как потребителей услуг;
- проводит «диверсификацию» рисков путем их распределения в системе в соответствии с потребностями в медицинской помощи и ее оплате;
- является одним из инструментов государственной политики в области здравоохранения, но при этом сохраняет соответствующую степень независимости от правительства.

Доля административно-управленческих затрат в стране на больницы составляет до 5 % от суммы страховых взносов, а для частного страхования этот показатель превышает 11 %. Данная проблема присуща всем европейским странам, и касается не только страховой системы здравоохранения. Причина ее возникновения может лежать в конфликте интересов между страхователем и страховщиком. При этом стоит отметить, что проблема роста стоимости медицинских услуг является первоочередной.

И последняя «классическая» модель страхования – Американская система здравоохранения. Принято считать, что данная модель в чистом виде частная, хотя, на наш взгляд, она таковой не является.

Основной закон США – Конституция от 17 сентября 1787 г. Она включает в себя 27 поправок и не гарантирует оказание медицинской помощи всему населению страны.

При этом в каждом штате США вопрос о здравоохранении решается самостоятельно, исходя из традиций штата и его финансовых возможностей (рис. 10).

Система регулирования разделена между властями штатов и федеральными органами. Федеральный исполнительный орган Департамент здравоохранения и гуманитарных служб (Department of Health and Human Services, DHHS) имеет десять обособленных подразделений (Regional Office). Через данные подразделения и другие структурные подразделения департамента осуществляется контроль и управление 330 программами, например, Medicare (государственное медицинское страхование инвалидов и пенсионеров), Medicaid (государственное страхование малоимущей части населения), Программа обеспечения безопасности пищевых продуктов и медикаментов, Программа иммунизации и др. [11].

Отдельно, через систему национальных институтов здоровья (National Institutes of Health, NIH), реализуются целевые программы научных исследований в области медицины и охраны здоровья.

В функции федерального исполнительного органа DHHS также входят:

- оценка и прогнозирование состояния здоровья населения;
- мониторинг деятельности частных страховых компаний и государственных госпиталей;
- координация стратегических разработок в сфере здравоохранения.

Данная деятельность осуществляется совместно с Департаментом труда (Department of Labor, DL) и Агентством по охране окружающей среды (Environmental Protection Agency).

В соответствии с реформами 1966 г. каждый штат подает федеральному правительству план предоставления медицинских услуг группам населения, охваченным Medicaid. Финансирование этого плана после его утверждения осуществляется за счет средств штатов и федерального бюджета. В отдельном штате реализуется свой индивидуальный план.

В каждом штате существует Департамент здравоохранения. Он определяет круг лиц, которые подпадают под действие федеральных программ Medicare и Medicaid. Пунктирными линиями отражена обратная связь между департаментами (см. рис. 10).

Одна из особенностей американской системы здравоохранения заключается в том, что сестринский медицинский персонал обладает высокой квалификационной подготовкой, вследствие чего осуществляет «простые» обязанности врачебного персонала.

Организации, которые непосредственно оказывают медицинскую помощь, разделены на четыре типа:

- клиники семейной медицины (врачи общей практики, physician);
- амбулаторные учреждения;
- госпитали (стационары);
- дома сестринского ухода, интернаты (система долечивания).

Около 30 % стационаров полностью финансируются за счет государственных программ. Таким образом, данные стационары можно условно назвать «государственными», они обслуживают ветеранов армии, часть ветеранов государственной службы, инвалидов и индейцев, проживающих в резервациях, а также психических больных. Чисто коммерческие стационары занимают лишь 20 % от всего количества госпиталей. Оставшиеся 50 % стационаров являются «некоммерческими», они находятся в собственности ассоциации ветеранов, местных, общественных и церковных организаций.

В системе здравоохранения США обособленно стоят службы скорой помощи (Emergency Medical Technicians & Paramedics, EMT&P). В основном они состоят из волонтеров (22 %), штатных (38 %) и смешанных отделений (40 %). В большинстве штатов эти службы находятся в ведении пожарных команд и примерно 1,5 % входят в состав департаментов полиции.

Источниками финансирования системы здравоохранения служат не только средства федерального бюджета, но также другие источники:

- программы муниципалитетов, графств и округов штатов;

- обязательное частное медицинское страхование персонала;
- корпоративные программы страхования, характерные для транснациональных компаний (далее – ТНК);
- фонды целевого капитала – эндаументы (endowments), создающиеся на безвозмездной основе, регулируются особым образом и освобождаются от налогообложения [10, с. 145], и по этой причине они особенно распространены в США в сфере образования в виде университетских эндаументов (University Endowment Funds) и эндаументов медицинских центров (Medical Center Endowment Funds) [11];
- собственные средства граждан (out-pocket expenditures).

Нельзя не сказать, что программы Medicare и Medicaid являются единственным финансовым источником для почти 6 тыс. медицинских учреждений, а это указывает на их «государственный» характер.

Медицинские страховые компании США состоят из более чем 1,5 тыс. страховщиков, которые аккумулируют финансовые ресурсы для оплаты лечения как из фондов, так и из других возможных источников.

Внедрение бюджетирования, ориентированного на результат (далее – БОР), в стране стало осуществляться с 1949 г. благодаря закону США об оценке результатов деятельности правительства (Government Performance and Results Act), федеральные министерства и ведомства подготавливают стратегические и ежегодные планы работы о результатах деятельности.

Таким образом, данная модель финансирования здравоохранения основана на нескольких источниках: средствах федерального бюджета, программах муниципалитетов, графств и округов штатов, обязательном частном и корпоративном медицинском страховании, эндаумент-фондах при университетах и медицинских центрах.

Советская модель здравоохранения была создана Н.А. Семашко и реализована в СССР.

По идее автора модели население страны должно было быть обеспечено бесплатной медицинской помощью с централизованной системой управления (центральным органом сначала стал народный комиссариат здравоохранения РСФСР или Наркомздрав).

Основными целями рассматриваемой модели были:

- оказание бесплатной медицинской помощи всему населению страны;
- организация централизованной системы управления;
- национализация учреждений здравоохранения;

– предоставление медицинской помощи в соответствии с участковым принципом (каждый гражданин прикреплен к медицинскому учреждению по месту своего жительства).

Таким образом, исходя из поставленных целей, особое внимание уделялось следующим вопросам:

- медицинское обеспечение материнства, рождения и детства;
- разработка вакцин от наиболее опасных и распространенных заболеваний, в том числе профилактического направления;
- развитие медсанчастей на предприятиях;
- преемственность в работе медицинских учреждений на этапах лечения (поликлиника – стационар – санаторий) и др.

Следует отметить, что на сегодняшний день общепризнано, что Н.А. Семашко – основоположник важных теоретических и практических принципов здравоохранения.

В Москве 16–19 июня 1918 г. на Первом Всероссийском съезде Медико-санитарных отделов Советов в докладе Н.А. Семашко «Об организации советской медицины на местах» были озвучены главные принципы и основы советского здравоохранения. Народному комиссариату здравоохранения поручалось «... объединение деятельности медицинских управлений при всех комиссариатах и контролирование их работы вплоть до полного объединения» [11]. Следовательно, в СССР впервые в мировой истории был создан единый высший государственный орган, который объединял в себе всю сферу здравоохранения страны.

Согласно докладу Н.А. Семашко, за десять лет работы данной системы на 20 % были снижены показатели по заболеваемости и смертности населения от инфекционных болезней; на 40 % выросло число больничных коек; количество врачебных амбулаторных учреждений увеличилось практически в 2,36 раза.

Одним из основных направлений советской системы здравоохранения было внедрение в медицинскую практику участкового принципа (земской медицины), что позволило охватить значительную часть сельского населения на всей территории страны (рис. 11). В СССР была выстроена система государственного санитарного надзора, которая включала коммунальный, пищевой, промышленный и школьный надзор.

Выстроенная монополярная система здравоохранения СССР была ориентирована на централизованный механизм формирования бюджета; организацию материально-технического и лекарственного обеспечения на основе государственного заказа и централизованного снабжения по «твердым» ценам; формирование и развитие системы

здравоохранения исходя из установленных нормативов по штатам, ресурсам и т.д., в том числе глобальной стандартизации медицинской помощи без возможности оказания платных услуг.

Как уже было сказано ранее, финансирование системы здравоохранения СССР осуществлялось исключительно из государственного бюджета, который не зависел от реальных поступлений от каждой республики, т.е. в стране существовал единоличный заказчик медицинской помощи в лице государства. Следовательно, система управления здравоохранением не требовала какой-либо отелльной структуры, отвечающей за фискальную составляющую на всей территории страны. На наш взгляд, эта система была одной из максимально эффективных систем управления в XX в. при данных масштабах страны.

По результатам проведенного анализа «классических» моделей здравоохранения, в том числе советской модели, можно сказать, что все они были созданы в разные периоды XX в. Их институциональная структура, способы финансирования и оказания медицинской помощи сформировались на основе различных моделей управления экономикой.

Краткая классификация рассмотренных моделей представлена в табл. 7.

Таблица 7

Характеристика «классических» моделей здравоохранения

Типы моделей здравоохранения	Государственная система У. Бевериджа	Страховая система О. Бисмарка	Рыночная или частная система	Советская система Н.А. Семашко
Наличие конституционных гарантий	Нет	Да	Да	Да
Централизованный источник финансирования	Да	Нет	Нет	Да
Централизованный аппарат управления	Да	Да	Нет	Да
Государственный источник финансирования	Да (87 %)	Да (7 %)	Да (30 %)	Да
Внебюджетные источники финансирования	Да (10 %)	Да (68 %)	Да (50 %)	Нет
Иные источники, в том числе от платной деятельности	Да (3 %)	Да (25 %)	Да (20 %)	Нет

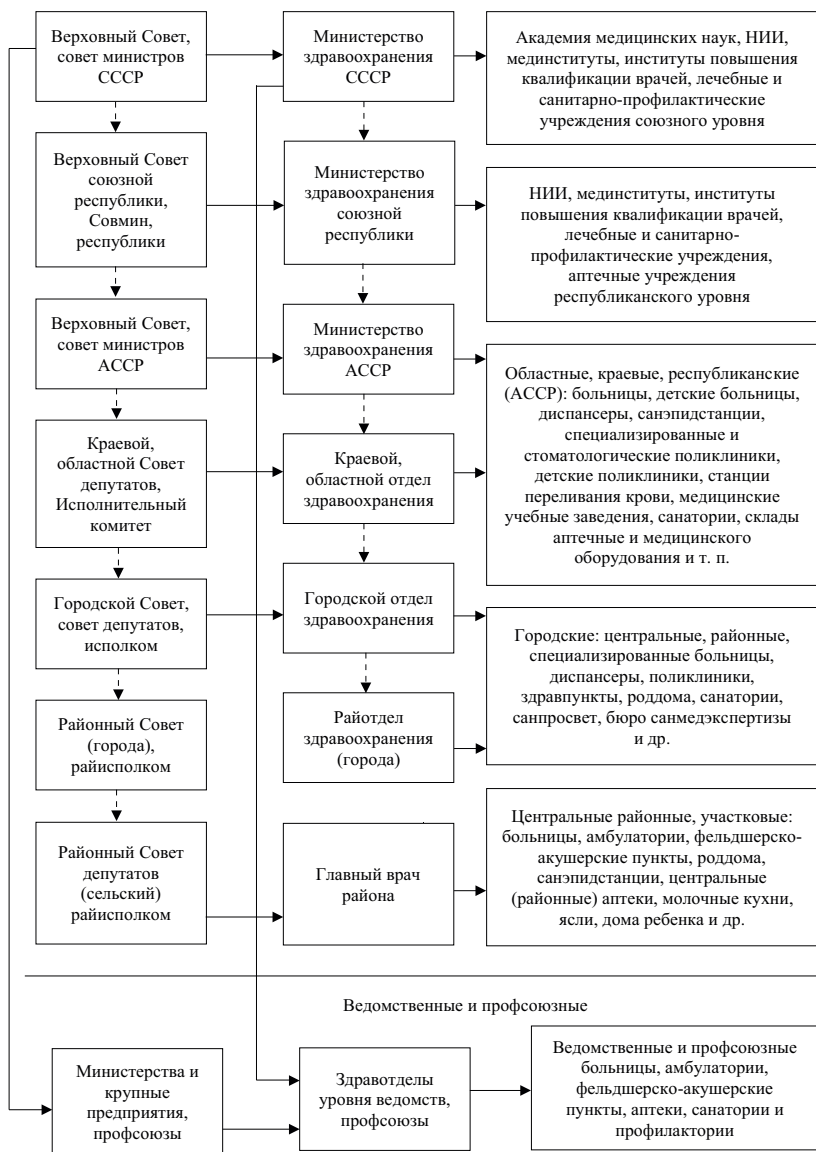


Рис. 11. Уровни и вертикали структурной организации здравоохранения в поздний период СССР

Как видно, между всеми «классическими» моделями нет единого схожего признака (см. табл. 7), который был бы присущ каждой из них. Следовательно, их и можно принимать в качестве базисных.

На сегодняшний день все модели здравоохранения столкнулись с проблемами следующего характера:

- высокий рост потребности в оказании медицинской помощи;
- катастрофическая нехватка финансовых ресурсов для отечественной категории граждан;
- низкая плотность населения на некоторых территориях.

В условиях рыночной экономики рано или поздно рост расходов на здравоохранение достигнет своего финансового потолка, что поставит перед системами новую цель по выявлению внутренних финансовых резервов. Это может касаться цифровизации, ликвидации посредников внутри системы, что, на наш взгляд, способно привести к формированию единой и универсальной системы здравоохранения.

Особенности модели финансирования здравоохранения в современной России будут рассмотрены в следующих параграфах.

2.2. Правовые основы бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации

Оказание медицинской помощи в Российской Федерации регулируется Законом № 323-ФЗ. В соответствии с ним определенный объем медицинской помощи оказывается гражданам бесплатно по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа).

По Программе (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи;
- скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме,

специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, условиях дневного стационара и при посещениях на дому осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ (далее – Закон № 61-ФЗ), и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека (далее – Перечень). Порядок формирования Перечня устанавливается Правительством РФ.

Предельные отпускные цены производителей и предельные размеры оптовых надбавок к фактическим отпускным ценам на медицинские изделия, включенные в Перечень, при оказании медицинской помощи в рамках Программы подлежат государственному регулированию и определяются в порядке, установленном Правительством РФ. Государственному регулированию не подлежат предельные отпускные цены производителей и предельные размеры оптовых надбавок к фактическим отпускным ценам на медицинские изделия, используемые для подготовки к имплантации, предотвращения осложнений при хирургических вмешательствах, доставки, фиксации и извлечения медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и включенные в Перечень.

При оказании медицинской помощи в рамках Программы и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

- оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, не входящих в перечень медицинских изделий, имплантируемых в орга-

низм человека, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости по жизненным показаниям по решению врачебной комиссии;

- размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

- создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;

- транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

- транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала;

- медицинская деятельность, связанная с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), включающая проведение мероприятий по медицинскому обследованию донора, обеспечение сохранности донорских органов и тканей до их изъятия у донора, изъятие донорских органов и тканей, хранение и транспортировку донорских органов и тканей.

Программа утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством РФ, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.

В рамках Программы устанавливаются:

- перечень видов (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения и источники ее финансового обеспечения), форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;

- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;

– категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;

– базовая программа ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации;

– средние нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

– требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий ее предоставления, критериев доступности.

В части медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, в Программе устанавливаются:

– перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

– перечень заболеваний, состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

– категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

– порядок и условия оказания медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, целевые значения критериев доступности медицинской помощи.

Программа формируется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения РФ, основанных на данных медицинской статистики¹.

На основе Программы органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие территориальные программы ОМС, принятые в соответствии с законодательством Российской Федерации.

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон РФ от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ. Ст. 80.

В рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов РФ устанавливают:

- целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными Программой;

- перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета Территориального фонда ОМС;

- порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;

- порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

- перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой, сформированный в объеме не менее, чем это предусмотрено перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемым Правительством РФ в соответствии с Законом № 61-ФЗ;

- перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- объем медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

- объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;

- перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках Терри-

ториальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии выполнения финансовых нормативов, установленных Программой, могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

При формировании Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

- особенности половозрастного состава населения;

- уровень и структура заболеваемости населения субъекта РФ, основанные на данных медицинской статистики;

- климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

- сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти ежегодно осуществляет мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и производит оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом ОМС – территориальных программ ОМС.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, Федеральный фонд ОМС и высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации заключают соглашения о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ ОМС, в порядке, установленном Правительством РФ. Указанные в настоящей части соглашения за-

ключаются по форме, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти¹.

В реализации бесплатной медицинской помощи населению могут участвовать частные медицинские организации. Для этого они должны иметь соответствующую лицензию и быть включены в реестр медицинских организаций, имеющих право на получение средств ОМС.

В России бесплатные медицинские услуги населению дополняются значительным объемом платных услуг, которые могут оказывать как частные, так и государственные медицинские организации.

Предоставление платных медицинских услуг в Российской Федерации регламентируется постановлением Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 4 октября 2012 г. № 1006.

Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

Правила предоставления платных услуг в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках указанных программ.

Медицинские организации, участвующие в реализации Программы и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять платные медицинские услуги в следующих случаях:

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон РФ от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ. Ст. 81.

– на иных условиях, чем предусмотрено Программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), в том числе установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара, применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания, не предусмотренные стандартами медицинской помощи;

– при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

– при оказании медицинских услуг гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по ОМС, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не застрахованным по ОМС, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

– при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Закона № 323-ФЗ, и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.

Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно.

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.

Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе потребителя в виде

осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме. Договор должен содержать:

1. Сведения об исполнителе.

– наименование и фирменное наименование (если имеется) медицинской организации – юридического лица, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

– фамилия, имя и отчество (если имеется) индивидуального предпринимателя, адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

– номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

2. Сведения о потребителе.

– фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

– фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика – физического лица;

– наименование и адрес места нахождения заказчика – юридического лица;

3. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором.

4. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

5. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

6. Должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. Если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика.

7. Ответственность сторон за невыполнение условий договора.
8. Порядок изменения и расторжения договора.
9. Иные условия, определяемые по соглашению сторон.

Договор составляется в трех экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй у заказчика, а третий отдается потребителю. Если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя обязательно, при этом она является неотъемлемой частью договора.

Если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Законом № 323-ФЗ.

При отказе потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы

(копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

Заключение договора ДМС и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации»¹.

Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами РФ предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию следующего характера:

- состояние его здоровья, включая результаты обследования, диагноз, методы лечения и связанные с ними риски, возможные варианты и последствия медицинского вмешательства, ожидаемые результаты лечения;

- используемые при предоставлении платных медицинских услуг лекарственные препараты и медицинские изделия, в том числе сроки их годности (гарантийные сроки), показания (противопоказания) к применению.

Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

¹ Об организации страхового дела в Российской Федерации : закон РФ от 27 нояб. 1992 г. № 4015-1 // СПС «КонсультантПлюс».

Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

Контроль за соблюдением правил предоставления медицинских услуг осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий¹.

В условиях формирующегося рынка медицинских услуг в России деятельность частных медицинских организаций призвана повысить доступность медицинской помощи населению и качество оказываемых услуг через создание механизма конкуренции между частными и государственными медицинскими организациями.

Финансирование медицинских услуг в Российской Федерации имеет свои особенности, обусловленные источниками финансирования медицинской помощи и порядком их осуществления.

2.3. Финансирование медицинских услуг в Российской Федерации: источники, порядок и особенности финансового обеспечения

На протяжении длительного периода времени в России проводилась реформа в системе здравоохранения, направленная на создание эффективной модели финансового обеспечения медицинского страхования, включая внедрение одноканальной модели финансирования, оптимизацию сети медицинских организаций, реформирование системы оплаты труда и внедрение оплаты «по результату», а также реформы организации предоставления медицинской помощи, в первую очередь скорой.

Это привело к тому, что Закон № 323-ФЗ была введена новая дефиниция – «медицинская услуга» – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение. Также в ст. 2 этого закона сохранилось понятие «медицинская помощь», которое раскрывается через медицинскую услугу: «это комплекс мероприя-

¹ Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг : постановление Правительства РФ от 4 окт. 2012 г. № 1006 // СПС «Консультант Плюс».

тий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающий в себя предоставление медицинских услуг».

Введение понятия «медицинская услуга» было обусловлено переходом всего бюджетного сектора в России в формат «предоставления государственных (муниципальных) услуг», что повлекло за собой трансформацию и процесса финансирования медицины. Однако практика не позволяет полностью отказаться от применения термина «медицинская помощь» в связи с тем, что медицинские услуги имеют существенную специфику в отличие от услуг других секторов экономики (например, невозможность не оказания услуги). В случае приравнивания медицинской помощи к медицинским услугам создается возможность применения Закона РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 2300-1, в соответствии с которым возможен односторонний отказ от исполнения договора возмездного оказания услуг, в том числе со стороны медицинской организации. По существу, медицинские услуги отличаются от иных возмездных услуг, где одним из основных критериев качества является их безопасность, что не всегда возможно обеспечить при медицинском вмешательстве.

Именно поэтому в основных законодательных и нормативно-правовых актах, регламентирующих процесс финансирования в системе здравоохранения, речь идет не о финансировании медицинской услуги, а о финансировании медицинской помощи.

Однако такое толкование не дает возможности однозначно ответить на вопрос об источниках финансирования расходов медицинского учреждения в разрезе отдельных видов медицинских услуг. Это требует упорядочения практики калькулирования затрат единицы услуги, что, в свою очередь, влияет на принятие управленческих финансовых решений как в самом учреждении, так и на уровне главного распорядителя бюджетных средств, в том числе о достаточности финансовых ресурсов и доходности учреждения и/или отдельных видов услуг.

Отсутствие упорядоченности в базовой терминологии приводит к невозможности оценить все источники финансирования медицинской помощи на уровне государства по видам медицинских услуг.

Таким образом, для оценки источников финансирования медицины в России представляется необходимым рассмотреть существующие виды медицинской помощи, указанные в гл. 1 настоящего исследования (рис. 12).

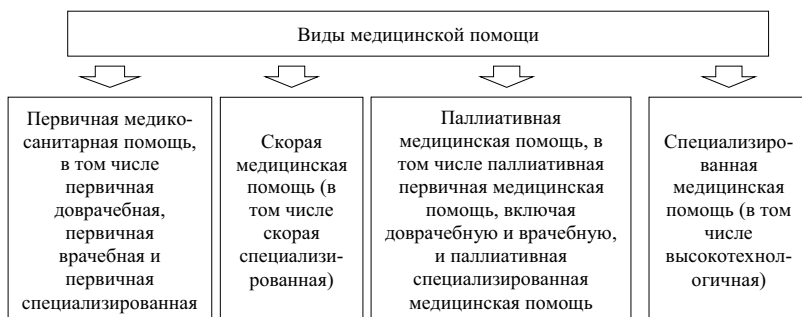


Рис. 12. Виды медицинской помощи

Первичную медико-санитарную помощь оказывают поликлиники, медико-санитарные части, амбулатории, женские консультации, фельдшерско-акушерские пункты, санаторно-курортные организации, госпитали, дома ребенка, молочные кухни, различные центры; специализированную медицинскую помощь – больницы, родильные дома, диспансеры, специализированные медицинские центры; скорую медицинскую помощь – больницы, станции скорой медицинской помощи, станции переливания крови; паллиативную медицинскую помощь – хосписы, дома (больницы, койки) сестринского ухода, центры.

Кроме этого, согласно номенклатуре медицинских организаций, утвержденной Министерством здравоохранения РФ, выделяются медицинские организации особого типа:

- центры (медицины катастроф, медицинский информационно-аналитический, медицинский биофизический и др.);
- бюро (медицинской статистики, патолого-анатомическое, судебно-медицинской экспертизы и др.);
- лаборатории (клинико-диагностические, бактериологические и др.).

Финансирование медицинской помощи в России осуществляется на принципах «квази бюджетно-страховой модели» в соответствии с Программой. Финансирование Программы осуществляется за счет источников, представленных на рис. 13.

Исследованию вопросов об источниках финансирования медицинской помощи в России посвящено большое количество научных работ. В их числе статья О.И. Русаковой [27], в которой анализиру-

ется модернизация ОМС в Байкальском регионе; статья коллектива авторов под руководством Т.В. Сорокиной [32] об актуальных проблемах финансирования и контроля в системе ОМС; работа М.Н. Степановой [33], где исследуются отдельные вопросы медицинского страхования. Труды М.А. Вахрушиной [5], Т.В. Лесиной, Д.В. Тютина [37], Ю.П. Лисицына [17], В.О. Флека [42] посвящены вопросам выявления особенностей реформирования работы учреждений здравоохранения, итогам анализа практики учета затрат медицинских учреждений.

Одним из самых сложных вопросов как для теоретического осмысления, так и для действующей практики является определение источников финансирования для конкретных видов медицинской помощи, конкретной медицинской услуги.

Анализ действующего законодательства в области здравоохранения позволил систематизировать источники финансирования в разрезе видов медицинской помощи (табл. 8).

Основным источником финансирования скорой медицинской помощи являются бюджеты территориальных фондов ОМС (ТФОМС). Помощь незастрахованным лицам, а также помощь, не включенная в Территориальную программу ОМС (например, бригады психоневрологической скорой помощи), финансируются из бюджета субъекта РФ.

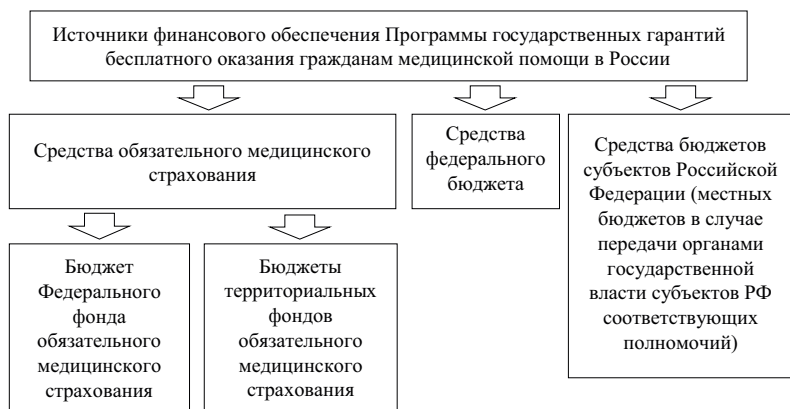


Рис. 13. Источники финансового обеспечения Программы в России

Местные бюджеты могут осуществлять финансовое обеспечение медицинской помощи по программе ОМС в организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан.

Аналогичный подход реализован по первичной медико-санитарной помощи.

Таблица 8

Источники финансового обеспечения скорой
и первичной медико-санитарной помощи

Вид медицинской помощи	Бюджет		Средства ОМС
	Федеральный	Субъекта РФ	
Скорая медицинская помощь			
1. Скорая медицинская помощь (кроме санитарно-авиационной эвакуации). Исключение составляют заболевания, передаваемые половым путем; заболевания, вызванные ВИЧ; СПИД; туберкулез; психические расстройства и расстройства поведения	—	—	+
2. Скорая медицинская помощь, медицинская эвакуация, которую оказывают организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти и Федеральному медико-биологическому агентству (в части помощи, не включенной в базовую программу ОМС, и в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи базовой программы ОМС, а также дополнительных видов и объемов медицинской помощи населению ЗАТО, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, и работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда)	+	—	—
3. Скорая медицинская помощь, не включенная в Территориальную программу ОМС, санитарно-авиационная эвакуация, а также расходы, не включенные в структуру тарифов на оплату медицинской помощи Территориальной программы ОМС	—	+	—

Вид медицинской помощи	Бюджет		Средства ОМС
	Федеральный	Субъекта РФ	
4. Скорая медицинская помощь, в том числе специализированная, не застрахованным в системе ОМС лицам	—	+	—
<i>Первичная медико-санитарная помощь</i>			
5. Первичная медико-санитарная помощь (в том числе профилактическая, т.е. диспансеризация, диспансерное наблюдение, медицинские осмотры, а также медицинская реабилитация, аудиологический скрининг, вспомогательные репродуктивные технологии, включая лекарственное обеспечение). Исключение см. в п. 1	—	—	+
6. Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС (ЗППП, ВИЧ, СПИД, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), включая медицинские осмотры в образовательных организациях с целью раннего выявления употребления наркотических веществ, а также расходы, не включенные в структуру тарифов на оплату медицинской помощи Территориальной программы ОМС	—	+	—
7. Проведение мероприятий в рамках национального календаря профилактических прививок	+	—	—

Основным источником финансирования специализированной медицинской помощи также являются средства бюджетов ТФОМС. При этом высокотехнологичная помощь, оказываемая федеральными или частными учреждениями, финансируется за счет прямых бюджетных ассигнований из Федерального фонда ОМС (ФФОМС), а остальными – за счет субвенции ТФОМС из ФФОМС.

При финансировании отдельных видов специализированной медицинской помощи применяется механизм «перекрестного финансирования», при котором в финансовом обеспечении деятельности медицинских организаций участвуют два и более бюджетов в соответствии с отраслевым (специфическим) законодательством (п. 4 и п. 9 табл. 9). Например, центры профилактики и борьбы со СПИДом в качестве основного источника финансирования имеют бюджеты субъектов РФ, а федеральный бюджет осуществляет финансирование закупки препаратов антиретровирусной терапии.

Таблица 9

Источники финансирования специализированной
медицинской помощи

Вид медицинской помощи	Бюджет		Средства ОМС
	Феде- ральный	Субъек- та РФ	
1. Специализированная медицинская помощь. Исключение составляют заболевания, передаваемые половым путем; заболевания, вызванные ВИЧ; СПИД; туберкулез; психические расстройства и расстройства поведения	–	–	+
2. Высокотехнологичная медицинская помощь в медицинских организациях, которые участвуют в реализации территориальных программ ОМС	–	–	+ субвенция из Феде- рального фонда ОМС
3. Высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу ОМС, оказываемая федеральными учреждениями и частными медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения РФ	–	–	+ Федераль- ного фон- да ОМС
4. Высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу ОМС, оказываемая организациями, подведомственными органам власти субъектов РФ	+	+	–
5. Пренатальная (дородовая) диагностика, неонатальный скрининг, медико-генетические исследования	–	+	–
6. Зубное протезирование отдельным категориям граждан	–	+	–
7. Медицинская деятельность по донорству органов и тканей человека в целях трансплантации	+	–	–
8. Медицинская деятельность по донорству органов и тканей человека в целях трансплантации (в организациях, подведомственных исполнительным органам власти субъектов РФ)	–	+	–

Окончание табл. 9

Вид медицинской помощи	Бюджет		Средства ОМС
	Феде- ральный	Субъек- та РФ	
9. Медицинская помощь и иные услуги, за исключением видов помощи, оказываемой за счет средств ОМС, в лепрозориях, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медикогенетических центрах, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики, центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, молочных кухнях и в прочих организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, а также авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, помощи в специализированных организациях по профилю «медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС (ВИЧ, СПИД и др.), а также расходов медицинских организаций, в том числе на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря)	+	+	—

Основным источником финансирования всех видов паллиативной медицинской помощи является бюджет субъекта РФ, что, с нашей позиции, не совсем корректно (табл. 10). Целесообразно финансировать такую помощь и из местных бюджетов.

Закупка дорогостоящих лекарственных препаратов осуществляется за счет средств федерального бюджета, а финансирование бесплатного отпуска лекарств по рецептам врача – за счет региональных бюджетов. Медосмотры при постановке на воинский учет и при оформлении опеки (усыновлении) проводятся при «перекрестном финансировании» из средств ОМС и бюджетов субъектов РФ.

Таблица 10

**Источники финансового обеспечения паллиативной
и иной медицинской помощи, закупки лекарственных средств**

Вид медицинской помощи	Бюджет		Средства ОМС
	Федеральный	Субъекта РФ	
Паллиативная медицинская помощь			
1. Паллиативная медицинская помощь, оказываемая амбулаторно и стационарно	–	+	–
2. Предоставление психологической помощи пациенту, получающему паллиативную помощь, и членам его семьи, в том числе после его смерти	–	+	–
3. Предоставление для использования на дому медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, а также обеспечение лекарственными препаратами для обезболивания при посещениях на дому	–	+	–
Закупка лекарственных препаратов и медицинских изделий			
4. Закупки лекарственных препаратов (Программа высокотратных нозологий, а также для лечения граждан, инфицированных ВИЧ, и больных туберкулезом)	+	–	–
5. Субвенции бюджетам субъектов РФ и бюджету г. Байконура для оказания социальной помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей инвалидов	+	–	–
6. Обеспечение граждан лекарственными препаратами при амбулаторном лечении (в соответствии с перечнем жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний, а также групп населения и категорий заболеваний, при лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно или со скидкой 50 %)	–	+	–
Иная медицинская помощь			
7. Медицинская помощь, санаторно-курортное лечение отдельных категорий граждан	+	–	–

Вид медицинской помощи	Бюджет		Средства ОМС
	Федеральный	Субъекта РФ	
8. Лечение граждан России за пределами РФ	+	—	—
9. Медицинские осмотры лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку	—	+	+
10. Медицинское обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	—	+	+
11. Медицинские осмотры граждан при постановке их на воинский учет, призыве, поступлении в военные образовательные организации или поступлении на военную службу по контракту, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу (исключение — медицинское освидетельствование на определение годности к военной службе)	—	+	+
12. Транспортировка пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно	+	+	—

Таким образом, несмотря на введение «одноканального» финансирования здравоохранения в России, источники финансирования бесплатной медицинской помощи населению разнообразны. Более того, с нашей позиции, в такой совокупности источников во взаимосвязи с видами медицинской помощи невозможно четко сформулировать принципы (критерии) разграничения бюджетных полномочий в области здравоохранения между уровнями бюджетной системы РФ. Реализованный ранее принцип приближения скорой и первичной медицинской помощи к населению был нивелирован переводом всех учреждений здравоохранения в собственность субъектов РФ (это было обусловлено катастрофической дефицитностью местных бюджетов), что и привело к множественности встречных финансовых потоков даже при одноканальном финансировании.

Несмотря на наличие многообразных источников и механизмов финансирования медицинской помощи, значительный объем финансовых ресурсов в системе здравоохранения приходится на платные

медицинские услуги и ДМС – 13 % в 2019 г. от общего объема финансирования¹ (рис. 14).

Данная структура сложилась по итогам исполнения бюджетов бюджетной системы РФ и страховых выплат по ДМС. Доминирующий финансовый поток проходит через бюджеты фондов ОМС (61 %). При этом сохраняется достаточно высокая доля средств бюджетов бюджетной системы РФ в финансировании здравоохранения (26 %). Анализируя структуру бюджетного финансирования здравоохранения, можно сделать вывод о доминировании бюджетов субъектов РФ, через которые перечислено 1 163,36 млрд р. в 2019 г. При этом объем страхового рынка ДМС гораздо больше: по данным Банка России, сумма заключенных контрактов составила 136 141,53 млрд р.

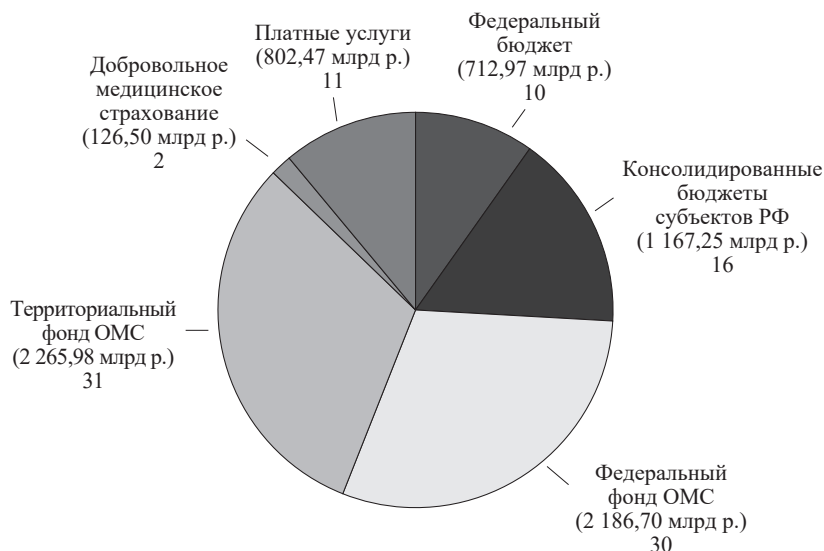


Рис. 14. Структура источников финансирования здравоохранения в России в 2019 г., %

В процессе исполнения бюджетов в сфере здравоохранения имеют место различного вида межбюджетные трансферты, которые перечисляются из одного бюджета другому. Оценить объемы перераспре-

¹ Здравоохранение в России. 2021 : стат. сб.; Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://www.rosminzdrav.ru>; Министерство финансов Российской Федерации. URL: <http://minfin.ru>.

деляемых ресурсов достаточно сложно по действующей отчетности, а учесть реальный объем доходов частных медицинских организаций вообще не представляется возможным.

Таким образом, исходя из выводов, представленных по тексту, адекватная оценка источников финансирования медицинской помощи необходима для формирования эффективного механизма финансового обеспечения здравоохранения России, лишенного указанных недостатков, и принятия управленческих решений органами власти страны в целях удовлетворения потребности населения в качественных медицинских услугах.

Сложившаяся в России структура источников финансирования медицинской помощи накладывает отпечаток и на механизм, и на порядок финансирования здравоохранения.

Процесс финансирования здравоохранения в России имеет множество недостатков, связанных с механизмом финансового обеспечения медицинских учреждений. В частности, к ним относятся:

- наличие избыточного количества звеньев в «цепочке» процесса передачи денежных средств медицинским учреждениям, что отражается на конечных объемах финансирования медицинских услуг;
- сложность доведения средств до учреждений;
- наличие разных способов получения и использования финансовых ресурсов медицинскими организациями.

В связи с этим необходимо проанализировать организацию функционирования финансового механизма в здравоохранении России и определить направления его совершенствования.

В ходе исследования была проанализирована практика, изучена и систематизирована литература по вопросам механизма финансирования отраслей экономики в России, в том числе системы здравоохранения.

Проблемам финансирования здравоохранения, оценки эффективности и сравнения моделей финансирования здравоохранения посвящены труды таких российских экономистов, как И. Шейман, С. Терентьева [46], Н. В. Кривенко, А. И. Цветков [14], Н. И. Яшина, О. В. Емельянова, Е. С. Малышева [48] и др.

В большинстве исследований акцент делается на частные вопросы организации финансирования здравоохранения России, наиболее актуальными из которых являются оценка эффективности моделей финансирования здравоохранения [14, 46, 48], особенности финансирования здравоохранения на федеральном уровне [1] и в ре-

гионах [22, 47]. С нашей же точки зрения, принципиальным является вопрос об упрощении механизма финансирования медицинских услуг (возможно, путем сокращения «промежуточных звеньев») в целях повышения доступности медицинской помощи, быстрого наращивания коечного фонда в условиях пандемии, т.е. увеличения маневренности при сохранении и/или улучшении качества оказываемых услуг.

Финансовый механизм в сфере здравоохранения в России достаточно сложный, он складывался в результате реформ не только в сфере здравоохранения, но и в процессе бюджетных реформ (внедрения бюджетирования, ориентированного на результат; казначейского исполнения бюджетов; контрактной системы закупок; изменения организационно-правовых форм государственных (муниципальных) учреждений и др.), ориентированных на заимствование зарубежного опыта, так называемой «лучшей практики».

Из всех элементов финансового механизма в здравоохранении существенные особенности характерны для методов формирования финансовых ресурсов, способов их получения и количественной оценки.

В мировой практике существуют разные методы перераспределения (передачи) финансовых ресурсов в зависимости от выбранной модели финансирования здравоохранения: бюджетная, страховая, бюджетно-страховая.

В России сложилась бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, несмотря на попытки внедрить полностью страховую модель. С нашей же позиции, по существу в России функционирует «квази бюджетно-страховая» модель, а точнее бюджетная модель финансирования, так как она исторически сложилась в первой половине XX в. и доказала свою эффективность. До 1917 г. в России не существовало государственной системы здравоохранения, доминировала частная практика. Поэтому попытки усложнить сложившийся механизм и внести чуждый элемент страхования снижает эффективность использования финансовых ресурсов и доступность медицинских услуг.

Анализ механизма финансирования государственной системы здравоохранения в России позволяет выделить следующие методы формирования финансовых ресурсов в зависимости от источников финансирования:

– рыночный метод;

- собственно финансовый (бюджетный) метод;
- страховой метод.

Рыночный метод возник в 90-е гг. XX в. в России и предполагает прямую передачу денежных средств медицинским учреждениям за предоставленные платные медицинские услуги. При этом медицинские услуги могут предоставляться не только государственными, но и частными организациями.

Бюджетный метод формирования финансовых ресурсов в здравоохранении связан с перераспределением денежных средств, поступивших в виде налогов в бюджетную систему страны, в пользу медицинских учреждений в части финансирования медицинских услуг, закрепленных Программой (рис. 15).



Рис. 15. Бюджетный метод формирования финансовых ресурсов в здравоохранении

В процессе бюджетного финансирования учреждений участвуют бюджеты всех уровней: федеральный, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты. Основная роль отводится региональным бюджетам, так как практически все учреждения здравоохранения в стране находятся в региональной собственности.

Форма передачи средств медицинским учреждениям может различаться в зависимости от организационно-правовой формы учреждения: бюджетные и автономные учреждения получают субсидии (на выполнение государственного задания, бюджетные инвестиции и на иные цели), а казенные – бюджетные ассигнования. При этом бюджетные и автономные учреждения обладают свободой в распоряжении доходов от платных услуг, в то время как казенные учреждения безвозвратно перечисляют их в бюджет.

Страховой метод формирования финансовых ресурсов в здравоохранении России предполагает наличие ОМС и ДМС (рис. 16).

Внебюджетные фонды ОМС возникли в России в 1993 г. Это единственная система внебюджетных фондов в России, имеющая двухуровневую структуру: ФФОМС и территориальные фонды ОМС в субъектах РФ.



Рис. 16. Страховой метод формирования финансовых ресурсов в рамках обязательного медицинского страхования в России

Заемствованный зарубежный опыт страховой медицины, нацеленный на повышение качества медицинских услуг и объясняющий возникновение страховых компаний в механизме финансирования здравоохранения, кардинально систему медицинской помощи не изменил, а увеличил расходы на содержание фондов, страховых компаний, породил новые проблемы, отрицательно повлиял и на доступность медицинской помощи.

Объемы финансирования медицинских учреждений зависят от количества оказанных услуг и норматива подушевого финансирования, который, согласно законодательству, должен учитывать все затраты на оказание медицинской помощи. Но фактически в условиях постоянного бюджетного дефицита все расходы профинансировать не представляется возможным, как и в любой другой отрасли социальной сферы. Поэтому на практике норматив рассчитывается с учетом реальных возможностей бюджета, т.е. не «от потребностей», а «от возможностей». И в этих условиях расходы на содержание фондов и страховых компаний лишь усугубляют дефицит средств.

Расходы на содержание фондов ОМС в 2019 г. (все расходы бюджетов фондов за исключением расходов по разделу здравоохранение) составили 15,19 млрд р.

Страховые компании на ведение дел оставляют себе процент от всего денежного потока, размер которого закрепляется ежегодно законами субъектов РФ «О бюджете Территориального фонда ОМС». В каждом регионе он разный. Например, в Иркутской области в 2019 г. он составил 1 %. При этом весь поток денежных средств из территориальных фондов ОМС в 2019 г. по разделу здравоохранения составил 2 265,98 млрд р. Таким образом, по самым скромным оценкам

страховые компании сформировали доход только за счет бюджетного денежного потока в размере 22 млрд р., не считая штрафов и санкций, наложенных на медицинские учреждения, за некачественное, несвоевременное и/или неполное оказание медицинской помощи, и поступающих в распоряжение страховых компаний (штрафов в 2017 г. было перечислено 44,5 млрд р.).

Представляется сомнительным встраивание в финансовый механизм государственной системы здравоохранения России частных страховых компаний, которые преследуют цель получения прибыли, как контролера качества медицинских услуг. Косвенно наши выводы подтверждаются непрозрачностью отчетности страховых компаний в этом сегменте страховых услуг. На наш взгляд, нежелание развивать сектор ДМС этими компаниями связано с получением денежного потока в рамках ОМС.

Страховой метод формирования финансовых ресурсов в рамках ДМС в России схематично представлен на рис. 17.

Данный метод формирования финансовых ресурсов зависит от усилий страховых компаний по заключению страховых договоров ДМС, установленных размеров страховых взносов и осуществленных страховых выплат медицинским организациям. Объем страхового рынка ДМС по сумме заключенных контрактов по данным Банка России в 2019 г. составил 136,1 трлн р. Однако объем страховых выплат всего 126,5 млрд р. при уплаченных взносах 180,65 млрд р. Таким образом, чистый доход страховых компаний по ДМС составил 54 млрд р.

Таким образом, 1/3 денежного потока по страховому методу формирования финансовых ресурсов у страховых компаний в России обеспечивается за счет ОМС, при этом расходы по привлечению клиентов минимальны.

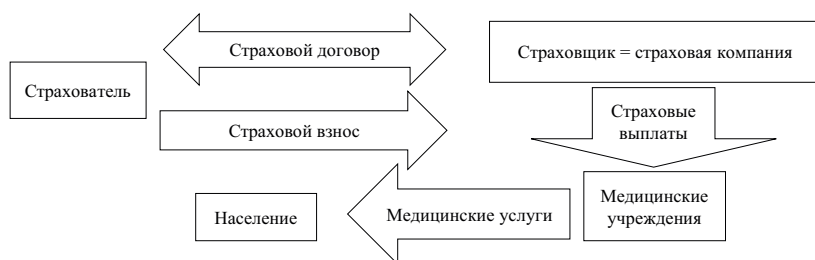


Рис. 17. Страховой метод формирования финансовых ресурсов в рамках добровольного медицинского страхования в России

Анализ страхового метода в механизме финансирования здравоохранения России показал нацеленность не на развитие системы здравоохранения страны, не на повышение качества медицинских услуг, а на диверсификацию экономики России за счет страховых компаний, чья устойчивость в кризисные периоды гарантирована постоянным денежным потоком из внебюджетных фондов. По нашему мнению, страховые компании должны активно развивать ДМС, а не претендовать на долю в финансовом потоке ОМС.

Методы использования финансовых ресурсов в здравоохранении в большей степени зависят от организационно-правовой формы медицинских учреждений, участия органов Федерального казначейства в финансовом обеспечении учреждений, применяемой контрактной системы, чем от источников их финансирования.

Следует отметить, что несмотря на введение одноканального финансирования в сфере ОМС, до сих пор не все расходы медицинских учреждений на оказание медицинской помощи в рамках Программы покрываются за счет средств фондов ОМС. Например, расходы по диагностике и лечению коронавирусной инфекции. Проблемы, связанные с финансированием закупок оборудования и медицинских материалов, необходимых для борьбы с коронавирусной инфекцией, были решены не за счет медицинского страхования, а путем выделения субсидий на иные цели (т.е. бюджетного финансирования).

Таким образом, невозможно в системе ОМС оперативно увеличивать объемы медицинской помощи и, соответственно, финансирования без потерь в виде процента страховым компаниям.

В связи с этим считаем целесообразным и экономически оправданным возврат к бюджетному финансированию здравоохранения в России с передачей большей части расходных полномочий субъектам РФ, которые имеют в своей подведомственности основную часть учреждений здравоохранения России, а также могут оперативно перераспределять дефицитные ресурсы в рамках бюджетов в зависимости от приоритетов финансовой политики.

Итак, были выявлены особенности финансового механизма в сфере здравоохранения России, в первую очередь в части методов формирования финансовых ресурсов; дана характеристика рыночного, страхового и бюджетного методов финансирования; оценена эффективность действующего механизма и предложены рекомендации по его совершенствованию.

Основными рекомендациями могут являться: переход к бюджетному финансированию здравоохранения в России; упрощение страхового механизма в системе ОМС в части оптимизации денежных потоков между Федеральным и территориальными фондами ОМС, а также между территориальными фондами и страховыми компаниями. Последние должны развивать ДМС, а не претендовать на процент от денежного потока по ОМС. Широкие возможности развития ДМС представляет текущая ситуация – коронавирусная пандемия – при условии разработки приемлемых страховых продуктов. С нашей точки зрения, страховые компании наряду с медицинскими учреждениями должны нести ответственность за доступность медицинской помощи и своевременность ее оказания населению.

3. АНАЛИЗ ИСТОЧНИКОВ И МЕХАНИЗМА ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Анализ финансирования Территориальной программы государственных гарантий Иркутской области

Исследование порядка финансирования здравоохранения в России требует более детального анализа региональной системы здравоохранения на примере Иркутской области.

Система здравоохранения региона представлена в первую очередь медицинскими организациями различной организационно-правовой формы¹, предоставляющими медицинские услуги населению (табл. 11).

Таблица 11

Количество медицинских организаций, участвовавших
в Территориальной программе государственных гарантий
Иркутской области в 2016–2018 гг.

Организаци- онно-правовая форма	Област- ные	Федераль- ные	Иных форм собственности		Общее количе- ство
			Все- го	Из них частной формы собственности	
2018					
Всего	125	9	39	35	173
Автономные	29	1	—	—	30
Бюджетные	88	7	—	—	95
Казенные	7	1	—	—	8
Иные	1	—	39	35	40

¹ Система мониторинга ресурсного обеспечения : офиц. сайт. URL: <http://62.rosminzdrav.ru>.

Окончание табл. 11

Организа- ционно-правовая форма	Област- ные	Федераль- ные	Иных форм собственности		Общее количе- ство
			Все- го	Из них частной формы собственности	
2017					
Всего	130	8	38	38	176
Автономные	29	1	–	–	30
Бюджетные	91	6	–	–	97
Казенные	9	1	–	–	10
Иные	1	–	38	38	39
2016					
Всего	135	8	36	36	179
Автономные	29	1	–	–	30
Бюджетные	95	6	–	–	101
Казенные	10	1	–	–	11
Иные	1	–	36	36	37

В реализации Территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ) Иркутской области за последние три года приняли участие более 170 медицинских организаций, из них в среднем 21 % – иной формы собственности (ежегодно их количество увеличивается на 1–1,5 %). При этом число медицинских организаций, относящихся к бюджетной системе, участвующих в ТПГГ, ежегодно уменьшается (включая учреждения, находящиеся в собственности Иркутской области). Данная ситуация обусловлена тем, что в системе здравоохранения Иркутской области проходит оптимизация лечебных учреждений путем объединения и слияния их друг с другом. Это позволяет экономить бюджетные средства на административно-управленческий персонал.

Схема функционирования системы здравоохранения Иркутской области представлена на рис. 18.

Как видно, основное связующее звено в системе – министерство здравоохранения Иркутской области. С одной стороны, оно формирует расходную часть областного бюджета на финансирование здравоохранения региона, с другой – является неотъемлемым участником комиссии по разработке ТПГГ, в том числе Территориальной программы ОМС, а также тарифного соглашения.



Рис. 18. Схема функционирования системы здравоохранения Иркутской области

Таким образом, министерство здравоохранения в рамках ТПГГ планирует объем медицинской помощи из расчета постоянно проживающего населения, в том числе учитывая реальную мощность системы здравоохранения.

Медицинская помощь может включаться либо не включаться в базовую программу ОМС, или представлять собой иную деятельность, направленную на оказание медицинской помощи.

Подробный перечень медицинских работ и услуг указан в ТПГГ.

Медицинская помощь, входящая в базовую программу ОМС, но финансируемая из бюджета, оказывается людям, не имеющим полис ОМС. Это люди без определенного места жительства, иностранные граждане и люди в трудной жизненной ситуации (в частности дети

из неблагополучных семей). Общий объем медицинской помощи рассчитывается из фактической способности (мощности) каждого учреждения принять данных пациентов. Стоит упомянуть, что система ОМС совершенствуется в этом направлении: практически в каждом медицинском учреждении существуют социальные работники или специалисты по социальной работе, в обязанности которых входит работа с незастрахованными лицами, направленная на оформление им полисов ОМС.

Медицинская помощь, не входящая в базовую программу ОМС – это специфический тип медицинской помощи, который направлен на сугубо узкую категорию людей. Она оказывается всем категориям граждан.

Плановые показатели объема рассчитываются из реальной потребности (в том числе с учетом федеральных стандартов) и физической возможности оказания такой медицинской помощи учреждениями. Каждое учреждение ведет учет выполнения объемов медицинских услуг по государственному заданию, а также формирует детализированную медицинскую и статистическую отчетность.

Мониторинг этих показателей происходит в следующий месяц за календарным кварталом. Исходя из проведенного мониторинга, происходит оперативное уточнение плановых объемов на следующий период. Основной причиной уменьшения финансирования государственного задания является его невыполнение.

За счет средств областного бюджета оказываются и иные государственные и муниципальные услуги (работы).

Далее рассмотрим объемы финансирования ТПГГ Иркутской области за последние шесть лет в разрезе источников финансирования медицинской помощи¹ (табл. 12).

¹ О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. : постановление Правительства РФ от 28 нояб. 2014 г. № 1273 : (ред. от 17 нояб. 2015 г.) // СПС «КонсультантПлюс» ; О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г. : постановление Правительства РФ от 19 дек. 2015 г. № 1382 // Там же ; О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг. : постановление Правительства РФ от 19 дек. 2016 г. № 1403 // Там же ; О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. : постановление Правительства РФ от 8 дек. 2017 г. № 1492 : (ред. от 21 апр. 2018 г.) // Там же ; О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг. : постановление Правительства РФ от 10 дек. 2018 г. № 1506 : (ред. от 12 апр. 2019 г.) // Там же.

Как видно, доля бюджетной части в среднем составляет 19,13 %, а ОМС – 80,87 %. При этом в 2015 и 2016 г. бюджетная часть сократилась до 16,2 и 18,5 % соответственно. Если не брать данные периоды, то средняя доля бюджетной части примет значение 20,02 %, ОМС – 79,98 %.

Таблица 12

Утвержденный объем Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам ее финансирования в Иркутской области в 2014–2019 гг.

Показатель	Год					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета Иркутской области, млн р.	6 608,3	5 901,7	6 912,1	8 316,4	9 507,3	10 218,0
II. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС, млн р.	27 560,4	30 568,0	30 441,7	31 429,0	38 174,8	40 995,0
Итого стоимость ТПГ (I+II), млн р.	34 168,7	36 469,7	37 353,8	39 745,4	47 682,1	51 213,0
I.I. Доля медицинской помощи, предоставляемой за счет консолидированного бюджета Иркутской области, %	19,3	16,2	18,5	20,9	19,9	20,0
II.I. Доля медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, %	80,7	83,8	81,5	79,1	80,1	80,0
Уровень инфляции	11,4	12,9	5,4	2,5	4,30	–
Расчетная стоимость ТПГ Иркутской области, при условии индексации ее на уровень инфляции года, предшествующего расчетному, млн р.	–	38 063,9	42 974,2	45 294,8	46 427,2	48 423,5

Если взять 2014 г. за базисный и проиндексировать ТППГ Иркутской области на годовой уровень инфляции, по данным Центрального банка РФ, то к 2019 г. условная потребность в финансировании ТППГ региона составит 48 423,5 млн р.

Финансирование ТППГ Иркутской области за шесть лет было увеличено за счет областного бюджета на 2 373,6 млн р. (35,92 %). При этом в мае 2019 г. был рассмотрен проект «О внесении изменений в Закон Иркутской области «Об областном бюджете на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.», который предусматривал увеличение бюджетных ассигнований на всю отрасль здравоохранения в целом, т.е. стоимость ТППГ за счет средств областного бюджета за 6,5 лет будет увеличена более, чем на половину (до 3 609,7 млн р.). Данный факт свидетельствует о высокой значимости здравоохранения для региона при сохранении общей структуры источников финансирования медицинской помощи в области.

Однако финансирование не всех видов медицинской помощи увеличивалось пропорционально общему темпу его роста (табл. 13).

Таблица 13

Утвержденный объем финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств областного бюджета Иркутской области в 2014–2019 гг.

Показатель	Год					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета Иркутской области, в том числе:	6 608,3	5 901,7	6 912,1	8 316,4	9 507,3	10 218,0
скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, не входящая с территориальную программу ОМС	297,4	255,9	125,4	131,9	142,4	327,6
медицинская помощь в амбулаторных условиях	676,3	1 126,7	836,1	994,7	1 209,7	1 229,7
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	3 001,4	2 650,0	2 764,6	2 804,1	3 725,5	4 063,6

Окончание табл. 13

Показатель	Год					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
медицинская помощь в условиях дневного стационара	7,8	35,9	47,8	53,9	56,4	57,3
паллиативная медицинская помощь	144,6	29,0	166,1	205,1	252,4	328,5
иные государственные и муниципальные услуги (работы)	1 888,5	1 254,2	2 462,6	3 567,2	3 325,8	3 291,9
высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях Иркутской области	592,3	450,0	509,5	559,5	794,9	919,4

Из приведенных данных (см. табл. 13) видно, что расходы областного бюджета Иркутской области на скорую медицинскую помощь увеличились в 1,1 раза (с 297,4 до 327,6 млн р.).

Финансовое обеспечение поликлиник увеличилось в 1,8 раза (на 553,4 млн р.). При этом доля данного вида медицинской помощи за 6,5 лет в среднем составила 12,94 %.

Финансовое обеспечение специализированной медицинской помощи в стационарных условиях увеличилось в 1,35 раза (более чем на 1 млрд р.). Этот вид помощи является самым финансово-затратным. Таким образом, его доля в ТППГ Иркутской области за счет областного бюджета с 2014 г. в среднем составила 40,67 %.

Стоит отметить, что в стационарных условиях в рамках ТППГ оказываются еще паллиативная медицинская помощь и высокотехнологическая медицинская помощь. Следовательно, если их агрегировать, медицинская помощь в стационарных условиях будет составлять 51,36 % от бюджетной части ТППГ Иркутской области.

Объем финансирования паллиативной медицинской помощи за анализируемый период увеличился более чем в 2,27 раза (на 183,9 млн р.). Доля паллиативной медицинской помощи в бюджетной части ТППГ Иркутской области в рассматриваемом периоде составляет в среднем 2,57 %.

Доля финансирования медицинской помощи в дневных стационарах составила 0,56 % от всех расходов ТППГ Иркутской области за

счет бюджетных ассигнований в 2019 г. В стоимостном выражении объем ассигнований увеличился на 49,5 млн р.

Финансирование иных государственных работ и услуг увеличилось на 74,32 % (на 1 403,4 млн р.). Стоит напомнить, что в основном к данному типу расходов относятся расходы на лекарственное обеспечение и расходы, связанные с развитием материально-технической базы.

Главными причинами роста расходов, а, следовательно, и финансового обеспечения являлись:

- повышение заработной платы сотрудников медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области, до уровня, установленного указом Президента РФ «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» от 7 мая 2012 г. № 597;

- рост цен на медикаменты, перевязочные средства, реактивы, химикаты и другие материальные запасы.

Рассмотрим другой источник финансирования ТПГТ Иркутской области – средства ОМС (табл. 14).

Таблица 14

Утвержденный объем финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области за счет средств обязательного медицинского страхования в 2014–2019 гг.

Показатель	Год					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	27 560,4	30 568,0	30 441,7	31 429,0	38 174,8	40 995,0
скорая медицинская помощь	1 273,5	1 843,1	1 875,8	1 944,3	2 385,8	2 448,0
медицинская помощь в амбулаторных условиях	10 092,9	10 216,4	11 055,1	11 098,7	13 402,4	13 975,6
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	14 189,5	15 420,9	14 755,6	15 526,4	18 968,7	19 964,7
медицинская помощь в условиях дневного стационара	1 435,1	2 498,3	2 453,6	2 547,4	3 136,5	4 212,3

Окончание табл. 14

Показатель	Год					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
затраты на административно-управленческий персонал в сфере ОМС, а также в территориальных фондах ОМС и страховых медицинских организациях	569,4	589,3	301,6	312,2	281,4	394,4

Расходы в целом ТПГТ за счет средств ОМС увеличились за исследуемый период в 1,49 раз. Средний темп роста составил 8,52 % (2 686,92 млн р.) в год.

Финансирование скорой медицинской помощи за счет средств ОМС в регионе выросло в 1,92 раза (на 1 174,50 млн р.). При этом данный рост был неравномерным, наибольший скачок произошел после кризисного 2014 г., который увеличил расходы более чем на 45 % (569,60 млн р.). Второй скачок роста пришелся на 2018 г. и составил 23 % (541,5 млн р.). В остальные же периоды рост расходов на скорую медицинскую помощь составлял в среднем 3 % от предыдущего периода. Таким образом, доля расходов базовой программы ОМС Иркутской области на скорую медицинскую помощь составила в 2019 г. 6 %.

Финансирование поликлинических учреждений за счет средств ОМС в Иркутской области в 2019 г. составляло 34,09 % (13 975,60 млн р.) от стоимости базовой программы ОМС. За шесть лет средний темп роста составил 7 % (776,54 млн р.) в год, но в 2017 г. расходы имели стагнационный характер, т.е. темп роста был практически нулевым. В 2018 г. бюджет ТФОМС Иркутской области на амбулаторную медицинскую помощь был увеличен на 21 % (2 303,70 млн р.), что практически составило трехгодовую норму среднегодового роста.

Доля финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, в 2019 г. составляла практически 50 % от всего бюджета ТФОМС Иркутской области (19 964,70 млн р.). Так, в 2016 г., после роста на 10 % (1 231,40 млн р.) в 2015 г., произошло снижение расходов на 4 % (665,30 млн р.). Третий и самый значительный рост на 22 % (3 442,30 млн р.) произошел в 2018 г. При этом средний темп роста находился в пределах 7 % в год.

Доля медицинской помощи в условиях дневного стационара от стоимости ТПГГ за счет ОМС в 2019 г. составляла 10,28 % (4 212,30 млн р.). В 2015 г. произошел наибольший рост финансирования – на 74 % (1 063,20 млн р.), далее последовало уменьшение на 96 % от стоимости предыдущего периода (до 2 453,60 млн р.). Однако в 2018 и 2019 г. темп роста стал составлять 23 и 34 % соответственно.

Последним направлением расходов ТПГГ за счет ОМС являются расходы на административно-управленческий персонал (АУП) в сфере ОМС, затраты на АУП ТФОМС и страховых медицинских организаций (СМО). Данные расходы можно назвать условно постоянными. Также необходимо отметить, что с 2016 г. расходы на АУП СМО в ТПГГ не выделяются. Следовательно, в приведенных данных (см. табл. 14) отражены только расходы на АУП ТФОМС Иркутской области.

Таким образом, выстраивается следующая организационная структура финансовых потоков от самого первого (федерального) уровня до конечного получателя (медицинской организации) (рис. 19). Как видно, взносы в бюджет Федерального фонда ОМС за работающее население поступают из отчислений работодателей: 5,1 % от суммы начисленного дохода, а за неработающее население уплату взносов производит Иркутская область.

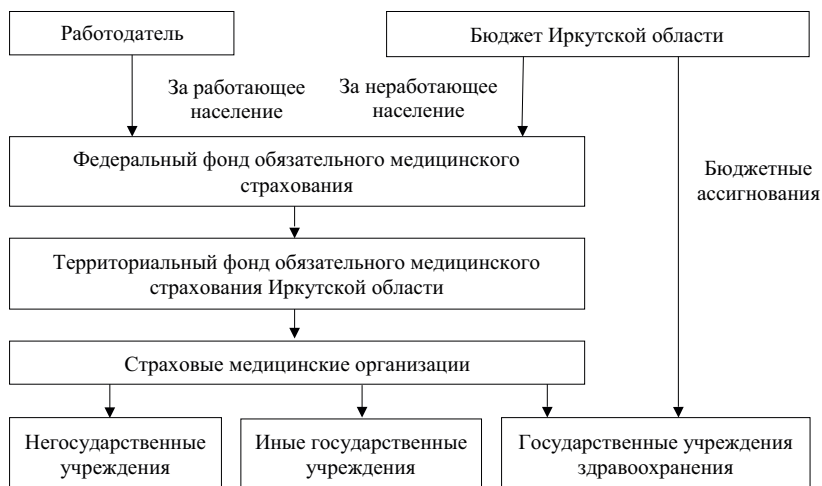


Рис. 19. Схема финансовых потоков в здравоохранении Иркутской области

Размер бюджетных ассигнований для страхового взноса на ОМС неработающего населения в Иркутской области¹ представлен в табл. 15.

Методика расчета взноса за неработающее население разрабатывается Министерством здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом ОМС и другими ведомствами. Согласно ст. 2 Федерального закона «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ (далее – Закон № 354-ФЗ), тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в субъекте РФ рассчитывается как произведение тарифа, установленного ст. 1 этого закона, коэффициента дифференциации (согласно Приложению к Закону № 354-ФЗ) и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемого Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.» от 28 ноября 2018 г. № 433-ФЗ (далее – Закон № 433-ФЗ).

Таблица 15

Размер страховых взносов за неработающее население на 2019 г.
и плановый период 2020–2021 гг.

№ п/п	Наименование показателя	Источник данных	Год		
			2019	2020	2021
1	Численность неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному году, млн чел.	Сведения о численности лиц, застрахованных по ОМС на 1 января года, предшествующего очередному году	1 474,7	1 474,7	1 474,7
2	Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения РФ, р.	Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения» от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ	18 864,6	18 864,6	18 864,6

¹ О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения : федер. закон РФ от 30 нояб. 2011 г. № 354-ФЗ : (в ред. от 28 нояб. 2018 г.) // СПС «КонсультантПлюс» ; О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг. : федер. закон РФ от 28 нояб. 2018 г. № 433-ФЗ // Там же.

Окончание табл. 15

№ п/п	Наименование показателя	Источник данных	Год		
			2019	2020	2021
3	Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг	Ежегодно устанавливается Федеральным законом о бюджете Федерального фонда ОМС на соответствующий финансовый год и плановый период	1,1190	1,1620	1,2080
4	Коэффициент дифференциации	Приложение к Федеральному закону от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ	0,5227	0,5227	0,5227
5	Понижающий коэффициент	Федеральный закон 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ	1,0	1,0	1,0
6	Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения Иркутской области по Федеральному закону от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ, р.	п. 2 × п. 3 × п. 4 × п. 5	11 033,9	11 457,9	11 911,5
7	Размер страховых взносов на ОМС неработающего населения, рассчитанный в соответствии с ч. 2 ст. 23 Федерального закона от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ, млн р.	(п. 1 × п. 6) / 1 000	16 272,0	16 897,3	17 566,2

Согласно Закону № 433-ФЗ, коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг для определения размера страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2019 г. составлял 1,1160, в 2020 г. – 1,1610, в 2021 г. – 1,2080.

На основании вышеизложенного в областном бюджете Иркутской области были предусмотрены бюджетные ассигнования на упла-

ту страховых взносов по ОМС неработающего населения Иркутской области в размере 16 271 979,2 тыс. р. на 2019 г., 16 897 263,0 тыс. р. на 2020 г. и 17 566 198,7 тыс. р. на 2021 г.¹.

ФФОМС (страховщик) после аккумулирования полученных средств (взносов) от страхователей взаимодействует с ТФОМС Иркутской области только посредством межбюджетных отношений (трансфертов) – субвенций. Данные субвенций поступают в ТФОМС исключительно по подушевому принципу, т.е. в расчете на количество лиц, застрахованных на территории области.

В свою очередь ТФОМС взаимодействует со страховыми медицинскими организациями путем заключения договоров финансового обеспечения по ОМС, на основании которых финансовые ресурсы поступают в страховые медицинские организации.

Взаимодействие организаций, оказывающих медицинские услуги, со страховыми медицинскими организациями осуществляется путем заключения гражданско-правовых договоров (договор на оплату оказанной медицинской помощи по ОМС, реестры на оплату медицинской помощи).

Однако, кроме средств ОМС, в государственные медицинские организации поступают средства областного бюджета, часть которых входит в ТППГ Иркутской области, финансирующая ту медицинскую помощь, которая не вошла в тариф ОМС. В медицинские учреждения поступают также и другие финансовые ресурсы областного и федерального бюджетов, связанные с реализацией национальных проектов и капитальным ремонтом, доходы от платных услуг, ДМС.

Таким образом, система здравоохранения Иркутской области представлена медицинскими организациями различных организационно-правовых форм. При этом выявлена тенденция роста доли частных медицинских организаций при сокращении за счет оптимизации сети областных государственных медицинских учреждений.

Финансирование расходов медицинских организаций осуществляется за счет двух основных источников: средств областного бюджета региона и ТФОМС. Доля их на протяжении исследуемого периода практически не меняется и характеризуется соотношением в среднем 20:80.

¹ Об областном бюджете на 2019 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. : областной закон Иркутской области от 17 дек. 2018 г. № 131-ОЗ // СПС «КонсультантПлюс».

Областной бюджет Иркутской области с каждым годом увеличивает темп роста расходов на систему здравоохранения. При этом активно применяются современные методы бюджетирования, к числу которых относится программно-целевой метод.

3.2. Программно-целевые расходы областного бюджета Иркутской области на здравоохранение и их оценка

На сегодняшний день одним из наиболее перспективных инструментов достижения устойчивого развития региона, повышения результативности расходования средств, улучшения качества и доступности услуг является программный бюджет. В последнее время бюджеты всех уровней формируются в соответствии с государственными программами.

Бюджет Иркутской области формируется и исполняется по программному принципу, в рамках государственных программ осуществляется 99,3 % расходов бюджета. Бюджет области состоит из 21 государственной программы по данным на 1 января 2022 г. Программный бюджет стал основным инструментом решения задачи по установлению взаимосвязи стратегических задач бюджетного планирования. В частности, планирование расходов на здравоохранение в бюджете Иркутской области осуществляют финансовые органы в процессе составления областного бюджета на очередной финансовый год. Планирование и финансирование расходов на здравоохранение в Иркутской области осуществляется в соответствии с государственными программами для проекта областного бюджета, разработкой расчетных показателей Министерством финансов Иркутской области. Формирование плановых показателей на здравоохранение в Иркутской области происходит на основе государственной программы «Развитие здравоохранения» на 2019–2024 гг.

Планирование расходов зависит от множества социальных факторов. В данном разделе будут рассмотрены основные факторы, влияющие на планирование расходов бюджета в сфере здравоохранения. Главная цель в настоящее время – обеспечение доступности медицинской помощи и повешение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Для достижения цели государственной программой предусмотрено решение следующих задач:

- создание условий для оказания доступной, качественной медицинской помощи всех видов населению Иркутской области, в том числе детям и матерям, а также повышение обеспеченности населения Иркутской области качественными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, продуктами лечебного питания;

- создание необходимых условий для сохранения здоровья населения Иркутской области и оказание услуг путем сотрудничества государственных и частных структур;

- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами;

- формирование единой информационной системы здравоохранения Иркутской области;

- повышение эффективности государственного управления в сфере здравоохранения;

- обеспечение конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи в Иркутской области в рамках территориальной программы ОМС.

В табл. 16 представлены основные целевые показатели, влияющие на планирование расходов, которые были составлены в соответствии с государственной программой. Важнейшей целью государственной политики в области здравоохранения на современном этапе является улучшение демографической ситуации, состояния здоровья населения, обеспечение доступности и качества медицинской помощи¹.

Таблица 16

Основные целевые показатели, используемые при планировании расходов на здравоохранение в 2020–2022 гг.

Показатели	2020	2021	2022
Младенческая смертность, случаев на 1 000 родившихся живыми	6,1	5,1	5,9
Смертность от болезней системы кровообращения, случаев на 100 тыс. населения	675,1	691,2	525

¹ Бюджет Иркутской области на 2022–2024 гг. (к закону Иркутской области от 16 декабря 2021 г. № 130-оз) // Открытый бюджет Иркутской области. Портал для граждан. URL: <https://openbudget.irkobl.ru/openbudget/bg/broshyury/regionalnyy-uroven>.

Окончание табл. 16

Показатели	2020	2021	2022
Смертность от новообразований, случаев на 100 тыс. населения	224,5	214,8	204,4
Смертность от туберкулеза, случаев на 100 тыс. населения	11,5	9,5	12,9
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	70,04	70,58	73,2
Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на одного врача, чел.	2,4	2,0	3,2
Обеспеченность врачами, чел. на 10 000 населения	38,03	36,7	37,5
Обеспечение отношения средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в Иркутской области, %	215,4	195,0	200,0
Обеспечение отношения средней заработной платы младшего медицинского персонала к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в Иркутской области, %	114,7	98,4	100,0
Обеспечение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в Иркутской области, %	110,8	103,7	100,0
Число граждан, прошедших профилактические осмотры, млн чел.	0,496	0,534	1,206
Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, %	13,9	10,3	55,7

Для того чтобы оценить эффективность планирования расходов на здравоохранение рассмотрим подробно каждый фактор, оказывающий влияние на планирование (см. табл. 16).

С 2015 г. наблюдается увеличение количества неработающего населения. В данную категорию входят дети, не достигшие трудоспособного возраста, пенсионеры, инвалиды и лица, не зарегистрированные в центрах занятости населения. Так, в 2015 г. в Иркутской области было зарегистрировано 689 980 неработающих людей, к началу 2018 г. их количество увеличилось до 821 208 чел. Этот показатель является важной составляющей планирования бюджетных расходов. В зависимости от его уровня осуществляется расчет средств из бюджета на ОМС неработающих граждан субъектов РФ. Расчет производится исходя из стоимости территориальной программы ОМС с целью обеспечения финансовых гарантий ее выполнения.

Известно, что средняя продолжительность жизни населения является одним из наиболее важных социально-экономических факторов, учитываемых при планировании расходов. Увеличение продолжительности жизни ведет к снижению смертности. Смертность и продолжительность жизни в России имеют разные уровни по субъектам РФ и зависят от социально-экономического развития региона и состояния здоровья населения в целом. Эти различия видны при анализе средней продолжительности жизни при рождении.

На территории Иркутской области регистрируется положительная тенденция увеличения показателя ожидаемой продолжительности жизни населения. При этом велики различия между продолжительностью жизни мужчин и женщин. Если в 2014 г. она составляла 66,9 лет, то к 2021 г. увеличилась до 70,58 лет. На данный показатель оказывают влияние множество факторов. Один из них – уровень государственного финансирования здравоохранения. При недостаточном финансировании сферы здравоохранения продолжительность жизни не будет увеличиваться из-за отсутствия оказания полноценной помощи в медицинских учреждениях, что может привести к дестабилизации социальной экономики и недостижению поставленных социальных целей. К факторам, влияющим на продолжительность жизни, относятся: высокая смертность по различным причинам, вследствие отсутствия квалифицированного медицинского персонала, несвоевременное обращение пациента в медицинские учреждения. Ключевое влияние на формирование данного показателя оказывает смертность людей трудоспособного возраста, главным образом, мужчин (смертность среди мужчин в 3,3 раза выше, чем среди женщин). Лидирующие позиции в структуре причин смертности занимает смертность от болезней системы кровообращения (в 2021 г. 691,2 случаев на 100 тыс. чел.). Анализ смертности от сердечно-сосудистой патологии показывает, что наиболее высокие показатели в группе пациентов старше 70 лет (более 59 %). Учитывая, что наш регион демографически старей, т.е. процесс воспроизводства населения протекает по регрессивному типу, основными причинами смертности являются атеросклеротическая болезнь, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (включая инфаркты миокарда) и цереброваскулярная патология (в том числе инсульты). В регионах с высокой смертностью от болезней системы кровообращения имеют место недостатки в организации круглосуточной работы специализированных служб в первичных сосудистых отделениях и региональных сосудистых цен-

трах для оказания квалифицированной помощи больным с болезнями системы кровообращения.

На втором месте смертность от новообразований (в том числе от злокачественных). Так, в 2021 г. от данного заболевания количество умерших составило 214,8 случаев. Рост показателя смертности от новообразований поддерживается в основном за счет людей старшего трудоспособного возраста. Смертность от новообразований в наибольшей степени распространена в таких городах, как Свирск, Усолье-Сибирское, Усть-Илимск, Черемхово и др.

Также в 2021 г. население региона получило высокотехнологическую помощь на сумму 1 114,1 млн р. Часть видов высокотехнологической помощи в Иркутской области финансируется за счет средств ОМС, другая часть – за счет средств федерального и областного бюджетов. В 2021 г. из федерального бюджета поступило 211,8 млн р.

Оказание высокотехнологичной помощи жителям Иркутской области осуществляется в пяти медицинских учреждениях:

- Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница;
- Иркутская государственная областная детская клиническая больница;
- Иркутский областной онкологический диспансер;
- Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница;
- Иркутская городская клиническая больница № 3.

Среди показателей общественного здоровья населения особое место занимает заболевание активным туберкулезом. В течение трех лет наблюдается снижение смертности от туберкулеза. В 2021 г. на 100 тыс. чел. приходилось 9,5 случаев смертности, а в 2022 г. планируется его рост до 12,9.

В структуре смертности большое внимание уделяется проблеме младенческой смертности. Несмотря на предпринимаемые меры по ее снижению, сохраняется прежняя тенденция. Так, по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области в 2021 г. данный показатель составил 5,1 на 1 000 родившихся живыми.

Порядок планирования расходов на здравоохранение, объем медицинской помощи, а также затраты на ее оказание в России при формировании бюджета на государственном уровне определяются в соответствии с Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. На уровне субъек-

тов РФ разрабатываются ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий и плановый период.

Согласно территориальной программе устанавливаются следующие нормативы медицинской помощи:

- стоимость одного посещения в поликлинике и одного дня лечения в больнице;
- стоимость одного вызова скорой медицинской помощи и одного койко-дня в больнице.

Финансовые нормативы рассчитываются с учетом результатов анализа расходования бюджетных средств за предыдущий период; индексов-дефляторов на планируемый период; территориальных коэффициентов удорожания, установленных Министерством экономического развития РФ.

При планировании расходов на здравоохранение по амбулаторной и стационарной помощи, учитываются количество медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, в связи с заболеванием, приходящимся на одного жителя в год, и нормативы оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Планирование расходов на амбулаторную и стационарную помощь осуществляется в соответствии с потребностями населения в данной помощи, и рассчитываются по определенным формулам и методикам планирования. В частности, за период с 2015 по 2017 г. в регионе в соответствии с распоряжением Правительства Иркутской области были установлены средние нормативы объема медицинской помощи и объемы финансирования данных направлений¹ (табл. 17).

Программно-целевой подход к планированию финансовых ресурсов дает возможность создания единого подхода к формированию финансовых ресурсов и рациональному их использованию в конкретной программе или проекте. Аккумулирование финансовых ресурсов и их целевое использование способствует повышению контроля и уровня эффективности планирования и освоения бюджетных средств. В настоящее время не всегда запланированные расходы изначально приносят необходимый результат. Причин невыполнения данного условия существует множество, например, не совсем верное определение целей и задач, неверные показатели в государственной програм-

¹ О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2021 г. и на плановый период 2022 и 2023 гг. : постановление Правительства Иркутской области от 29 дек. 2020 г. № 1201-пп // СПС «Консультант Плюс».

ме, разный экономический уровень регионов, воздействие факторов природно-техногенного характера, территориальные особенности жизни населения и др.

В Иркутской области оценка эффективности планирования бюджетных расходов осуществляется с помощью сравнения плановых и фактических результатов и вычисления процента исполнения запланированных ресурсов на реализацию государственной программы.

Таблица 17

Средние нормативы оказания медицинской помощи
и финансовых затрат на оказание медицинской помощи
в Иркутской области в 2021 г.

Наименование	Единица измерения	Нормативы			
		Медицинской помощи		Финансовых затрат, р.	
		ОМС	Областной бюджет	ОМС	Областной бюджет
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической и иной целью	Количество посещений на одного жителя (застрахованного)	2,93	0,466	2 647,5	723,2
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями		1,7597	0,118	2 101,1	2 198,2
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	Количество случаев лечения на 1 чел.	0,063255	0,0028	31 077,1	7 280,6
Медицинская помощь в стационарных условиях	Количество случаев госпитализации на 1 чел.	0,1778373	0,016	52 500,9	90 788,2
Скорая медицинская помощь	Количество вызовов на 1 жителя	0,29	0,038	3 787,9	4 068,0

Также в данном разделе для сравнения будет проведена оценка эффективности бюджетных расходов на реализацию государственной программы «Развитие здравоохранения» на 2019–2024 гг. по методике, разработанной исполнительными органами Иркутской области, в том числе предложены рекомендации по повышению эффективности расходов, внесены дополнения в действующую методику Иркутской области.

По государственной программе Иркутской области «Развитие здравоохранения» на 2019–2024 гг., в частности по пояснительной записке к годовому отчету по исполнению мероприятий государственной программы за 2021 г., можно оценить эффективность планирования расходов бюджета на здравоохранение¹. Данная оценка проводится путем сравнения плановых показателей с фактическими с целью определения разницы между ними. Чем меньше разница, тем эффективней бюджетное планирование (табл. 18).

Таблица 18

Финансовые показатели государственной программы
«Развитие здравоохранения» в Иркутской области в 2021 г.

Источник финансирования	План, тыс. р.	Факт, тыс. р.	Исполнение, %
Всего	69 168 620,7	67 029 845,3	96,9
Областной бюджет	31 174 222,8	30 495 549,7	97,8
Средства, планируемые к привлечению из федерального бюджета	8 713 858,2	8 147 279,4	93,5
Бюджеты муниципальных образований Иркутской области	2 172,7	1 799,5	82,8
Иные источники	29 278 367,0	28 385 216,7	96,9

Как видно, финансирование в целом составило 67,02 млрд р. – 96,9 % от плана. Таким образом, можно сделать вывод, что эффективность планирования невысокая, причем по всем источникам финансирования, особенно по бюджетам муниципальных образований Иркутской области.

¹ Отчет об исполнении мероприятий государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения» в 2021 г. // Министерство здравоохранения Иркутской области : офиц. сайт. URL: <https://minzdrav-irkutsk.ru/deyatelnost/programma-razvitiya-zdravookhraneniya>.

Государственная программа в Иркутской области состоит из шести подпрограмм, которые включают региональные проекты в сфере здравоохранения в качестве основных мероприятий подпрограмм:

1. Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни.
2. Развитие государственно-частного партнерства.
3. Кадровое обеспечение системы здравоохранения.
4. Развитие информатизации в здравоохранении.
5. Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения.
6. Осуществление ОМС в Иркутской области.

Основной объем финансирования приходится на первую подпрограмму. Оценка ее результативности предполагает расчет 50 показателей результатов. Рассмотрим некоторые из них (табл. 19).

Таблица 19

Исполнение показателей результатов подпрограммы
«Совершенствование оказания медицинской помощи,
включая профилактику заболеваний и формирование
здорового образа жизни» в 2021 г.

№ п/п	Показатель	План	Факт	От- клоне- ние
1	Доля лиц, зараженных ВИЧ, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ, %	90	95,4	–5,4
2	Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, %	21,5	19,3	2,2
3	Доля наркозависимых, повторно госпитализированных в течение года, %	22,2	19,9	2,3
4	Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II стадии, %	52	49,9	2,1
5	Охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки, %	97,5	98,3	–0,8
6	Охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки, %	97,2	96,5	0,7
7	Охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки, %	98,0	98	0,0
8	Охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки, %	97,9	98	–0,1

Продолжение табл. 19

№ п/п	Показатель	План	Факт	От- клоне- ние
9	Охват иммунизации взрослого населения против пневмококковой инфекции, %	5,25	10,9	–5,7
10	Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей, %	27	39,3	–12,3
11	Ожидаемая продолжительность жизни лиц, достигших 45 лет (оба пола), лет	31	29,37	1,6
12	Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах для медицинского назначения и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги), лекарственных препаратах для медицинского назначения, медицинских изделиях, %	98,2	100	–1,8
13	Удовлетворение спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей, %	100	95,5	4,5
14	Уровень информированности населения в возрасте 18–49 лет по вопросам ВИЧ-инфекции, %	93	94	–1,0
15	Доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением, %	75	66,3	8,7
16	Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, %	18,9	22,1	–3,2
17	Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее чем за 20 мин.	90	79,6	10,4
18	Доля лиц, зараженных ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ, состоящих под диспансерным наблюдением, %	79,3	79,3	0,0

№ п/п	Показатель	План	Факт	От- клоне- ние
19	Доля донорской крови и (или) ее компонентов, обследованная на гемотрансмиссивные инфекции иммунологическими и молекулярно-биологическими методами, %	100	100	0,0
20	Количество пациентов, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, чел.	13 366	12 938	428,0

В целом государственная программа «Развитие здравоохранения» за 2021 г., по данным министерства экономического развития Иркутской области имеет низкую эффективность исполнения. Это связано с ограничениями, введенными из-за распространения коронавирусной инфекции.

В Иркутской области итоговая оценка эффективности реализации государственных программ осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Иркутской области «О порядке проведения и критериях оценки эффективности реализации государственных программ Иркутской области» от 29 октября 2014 г. № 545-пп.

Согласно данному постановлению, проведение оценки эффективности осуществляется с целью контроля за процессом реализации госпрограммы и возможностью ее корректировки, или досрочного прекращения в случае неэффективности реализации. Также эта оценка проводится с целью установления ответственных исполнителей в случае неэффективной реализации госпрограммы.

Такая оценка проводится в обязательном порядке на основании годового отчета, предоставленного ответственным исполнителем госпрограммы в региональное министерство экономического развития.

В соответствии с указанным постановлением расчет эффективности реализации государственных программ осуществляется в три этапа.

Первый состоит из расчета эффективности реализации основных мероприятий программы:

$$\mathcal{E}\Phi_{\text{ВЦП(ОМ)}_m} = \frac{\sum_{i,j=1}^k \left(\frac{P_{i\text{факт.}}}{P_{i\text{пл.}}} + \frac{P_{j\text{пл.}}}{P_{j\text{факт.}}} \right) \cdot \frac{1}{k}}{\frac{\mathcal{Z}_{\text{ВЦП(ОМ)факт.}}}{\mathcal{Z}_{\text{ВЦП(ОМ)пл.}}}},$$

где $\mathcal{E}\Phi_{\text{ВЦП(ОМ)}_m}$ – эффективность реализации основного мероприятия; $P_{i\text{факт.}}(P_{i\text{пл.}})$ – фактическое (плановое) значение прогрессирующего («чем больше, тем лучше») целевого показателя; $P_{j\text{факт.}}(P_{j\text{пл.}})$ – фактическое (плановое) значение регрессирующего («чем меньше, тем лучше») целевого показателя; k – количество целевых показателей; $Z_{\text{ВЦП(ОМ)}\text{факт. (пл.)}}$ – фактические (плановые) затраты на реализацию основного мероприятия.

Для того чтобы оценить эффективность государственной программы в целом необходимо на втором этапе рассчитать эффективность реализации подпрограмм с учетом корректирующего коэффициента:

$$\mathcal{E}\Phi_{\text{ПП}_n} = \sum_{i=1}^k \left(\mathcal{E}\Phi_{\text{ВЦП(ОМ)}_m} \right) \cdot \frac{1}{k} \cdot K_{\text{ПП}},$$

где $\mathcal{E}\Phi_{\text{ПП}_n}$ – эффективность реализации подпрограммы; k – количество основных мероприятий; $K_{\text{ПП}}$ – корректирующий коэффициент эффективности реализации подпрограммы.

Корректирующий коэффициент рассчитывается с учетом математических допущений. Данные математические допущения приведены в приложении к Порядку проведения оценки эффективности реализации государственных программ Иркутской области (далее – Порядок):

$$K_{\text{ПП}} = \sum_{i,j=1}^k \left(\frac{P_{i\text{факт.}}}{P_{i\text{пл.}}} + \frac{P_{j\text{пл.}}}{P_{j\text{факт.}}} \right) \cdot \frac{1}{k}.$$

На третьем этапе рассчитывается эффективность реализации государственной программы в целом:

$$\mathcal{E}\Phi_{\text{ГП}_g} = \sum_{i=1}^k \left(\mathcal{E}\Phi_{\text{ПП}_n} \right) \cdot \frac{1}{k} \cdot K_{\text{ГП}} \cdot 100 \%,$$

где $\mathcal{E}\Phi_{\text{ГП}_g}$ – эффективность реализации государственной программы; $\mathcal{E}\Phi_{\text{ПП}_n}$ – эффективность реализации подпрограммы, входящей в государственную программу; k – количество подпрограмм, входящих в государственную программу; $K_{\text{ГП}}$ – корректирующий коэффициент эффективности реализации государственной программы.

Корректирующий коэффициент эффективности реализации государственной программы рассчитывается с учетом математических допущений, приведенных в приложении к Порядку:

$$K_{\Gamma\Pi} = \sum_{i,j=1}^k \left(\frac{P_{i\text{факт.}}}{P_{i\text{пл.}}} + \frac{P_{j\text{пл.}}}{P_{j\text{факт.}}} \right) \cdot \frac{1}{k},$$

где k – количество целевых показателей программы.

Таким образом, на основе представленной методики министерство экономического развития Иркутской области осуществляет расчет итогового показателя эффективности реализации государственной программы. Последний публичный отчет министерство представило за 2019 г., когда данная программа оценивалась удовлетворительно со средней эффективностью.

В качестве основных рекомендаций в части повышения эффективности расходов в бюджетном секторе можно выдвинуть следующие положения.

Во-первых, в связи с постоянными изменениями в экономике, срок реализации программных документов должен быть свыше трех лет. Планирование на такой период позволит в значительной мере улучшить ситуацию с определением эффективности бюджетных расходов, так как при среднесрочном планировании возможно более широкое использование программ для решения разного рода социальных и экономических проблем.

Во-вторых, необходимо подходить к видению проблем в системе и осуществлять их более эффективное разрешение путем сочетания при реализации конкретного мероприятия бюджетных средств со средствами частных инвесторов.

В целях повышения эффективности реализации программ в условиях ограниченных бюджетных средств регионального бюджета необходимо разработать и внедрить в исполнительных органах государственной власти методику, позволяющую по результатам мониторинга реализации программ перераспределять средства на более эффективные программы. Также необходимо разработать показатели оценки эффективности с учетом, что она не сводится только к выбору конкретного показателя оценки, но и во многом зависит от доступности информационной базы для расчета данных показателей. В настоящий период времени существующие информационные базы предоставляют лишь небольшую часть необходимых сведений, которых

недостаточно для проведения оценки в полном объеме. Усовершенствование находящихся в открытом доступе отчетов и открытость необходимой информации позволят качественно и в полном объеме проводить оценку эффективности планирования расходов и управления этими расходами.

3.3. Совершенствование финансирования здравоохранения в регионе

Здравоохранение в настоящее время является одним из приоритетных направлений деятельности Российской Федерации в социальной сфере.

Одним из ключевых показателей, который отражает, какое внимание государство и общество уделяют вопросам сохранения здоровья граждан, является показатель уровня национальных расходов на здравоохранение. Он рассчитывается ежегодно на основе данных национальной статистики и международных организаций.

Наиболее часто уровень национальных расходов на здравоохранение определяется в процентах от ВВП и учитывает общий объем государственных и частных расходов на здравоохранение в течение календарного года, включая государственные бюджеты всех уровней, фонды медицинского страхования, внешние заимствования, гранты и пожертвования от международных учреждений неправительственных организаций.

По данным ВОЗ уровень национальных расходов на здравоохранение существенно отличается по странам¹. Рейтинг отдельных стран по уровню национальных расходов на здравоохранение представлен в табл. 20.

Высокий уровень расходов на здравоохранения отмечается не только в развитых странах (например, США, Нидерланды, Франция и др.), но и в отдельных слаборазвитых государствах (например, Тувалу – 20 %, Маршалловы Острова – 17 %, Сьерра-Леоне – 12 %). Это обусловлено тем, что в слаборазвитых странах за счет средств международных институтов и благотворительных организаций реализуются международные программы в области здравоохранения (обеспечение питьевой водой и санитарными услугами, проведение программ массовой иммунизации и т.д.), а также санитарно-гигиенической и эпидемиологической безопасности.

¹ Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. URL: <https://www.who.int>.

Таблица 20

Рейтинг стран по уровню национальных расходов
на здравоохранение в 2010–2014 гг.
(% от валового внутреннего продукта)

Место	Страна	Общие расходы на здравоохранение				
		2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
2	США	17,0	17,1	17,0	16,9	17,1
4	Нидерланды	10,5	10,4	11,0	11,0	13,0
8	Франция	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5
10	Швейцария	11,1	11,2	11,6	11,7	11,0
28	Португалия	10,4	10,1	9,8	9,6	9,5
91	Российская Федерация	6,8	6,6	6,9	7,1	7,1
121	Китай	4,9	5,0	5,3	5,4	5,5

В отдельных странах национальные расходы на здравоохранение не превышают 1–2 % ВВП (Тимор-Лешти – 1 %, Мьянма, Туркменистан, Лаос – 2 %).

Из представленных данных (см. табл. 20) следует, что Россия находится на 91 месте по уровню национальных расходов на здравоохранение: в 2014 г. они составили 7,1 % от объема ВВП.

Следует отметить, что показатель уровня национальных расходов на здравоохранение не позволяет оценить полноту охвата населения медицинской помощью, не отражает степень доступности медицинской помощи в разных регионах и для разных слоев населения.

Финансовые основы современной системы здравоохранения России определены в Законе № 323-ФЗ и Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ¹. Принятие указанных законов позволило разграничить полномочия в сфере охраны здоровья, а также в сфере ОМС между органами государственной и муниципальной власти в Российской Федерации. Соответственно, были определены источники финансового обеспечения мероприятий в сфере охраны здоровья.

В Иркутской области с целью упорядочения взаимоотношений в сфере охраны здоровья граждан между региональными и муниципальными органами власти был принят региональный закон «Об от-

¹ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон РФ от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ : (ред. от 6 дек. 2021 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

дельных вопросах здравоохранения в Иркутской области» от 5 марта 2010 г. № 4-оз¹.

Вопросам финансирования здравоохранения в регионе посвящены работы многих авторов [1; 7; 16; 18; 19; 24; 30; 34]. Все они отмечают изменения системы финансирования, рассматривают разные стороны и последствия данного процесса.

В Иркутской области бесплатное оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, а также средств ОМС.

В регионе расходы на здравоохранение выросли с 21,1 млрд р. в 2010 г. до 52,6 млрд р. в 2018 г. При этом значительно изменилась их структура. В 2010 г. средства ОМС в структуре источников финансирования здравоохранения в Иркутской области составляли 43,8 % (9,2 млрд р.), на долю бюджетных источников приходилось 56,2 %, в том числе средства федерального бюджета – 16,4 %, регионального бюджета (без учета взносов на ОМС неработающих граждан) – 16,4 % (3,4 млрд р.), средства местных бюджетов – 23,4 % (4,9 млрд р.).

По итогам 2018 г. на долю средств ОМС в структуре источников финансирования приходилось уже 74,9 % (39,4 млрд р.), на средства федерального бюджета – 3,4 % (1,8 млрд р.), регионального бюджета (без учета взносов на ОМС неработающих граждан) – 21,7 % (11,4 млрд р.).

Подобная динамика структуры расходов на здравоохранение в Иркутской области обусловлена влиянием целого ряда факторов.

В соответствии с Законом № 323-ФЗ полномочия по организации оказания населению субъекта РФ первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта РФ, были закреплены за государственными органами власти субъектов РФ. При этом региональным органам государственной власти было предоставлено право передавать указанные полномочия органам местного самоуправления с передачей соответствующих ресурсов. В Иркутской области финансовое обеспечение переданных на муниципальный уровень полномочий

¹ Об отдельных вопросах здравоохранения в Иркутской области : закон Иркутской области от 5 марта 2010 г. № 4-оз (ред. от 17 нояб. 2017 г.) // СПС «Консультант Плюс».

в сфере охраны здоровья граждан (в том числе по организации оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в соответствии с ТППГ) осуществлялось за счет субвенций из регионального бюджета в местные бюджеты. Как следствие, в 2012 г. значительно уменьшился объем средств местных бюджетов на финансирование учреждений здравоохранения при одновременном увеличении нагрузки на региональные бюджеты.

Наличие сети муниципальных медицинских организаций не позволило создать на территории области единую систему здравоохранения, снижало доступность медицинской помощи, часто встречались случаи, когда в муниципальных учреждениях отказывались оказывать бесплатно медицинскую помощь жителям других муниципальных образований. Кроме того, низкий уровень финансовой обеспеченности отдельных муниципальных образований не позволял поддерживать на должном уровне материально-техническую базу подведомственных учреждений здравоохранения. Поэтому в Иркутской области было принято решение, что с 2013 г. отдельные полномочия в сфере охраны здоровья передаются только областному центру, а с 2014 г. указанные полномочия в сфере охраны здоровья граждан на местный уровень не передаются. Таким образом, с 2014 г. из местных бюджетов Иркутской области финансируются мероприятия по созданию условий для оказания медицинской помощи, вследствие чего на долю муниципальных бюджетов приходится весьма незначительный объем средств, направляемый в сферу здравоохранения.

До 2013 г. в структуру тарифа на оказание медицинской помощи в системе ОМС были включены пять статей расходов: заработная плата, начисления на оплату труда, медикаменты, питание, мягкий инвентарь. Остальные расходы финансировались за счет средств учредителей медицинских организаций (соответственно средств федеральных, региональных или местных бюджетов). С 2013 г. в рамках реализации мероприятий по переходу к преимущественно одноканальному финансированию медицинских организаций за счет средств ОМС структура тарифа была расширена посредством включения в него расходов на оплату услуг связи, транспортных расходов, коммунальных услуг, услуг по содержанию имущества, расходов на приобретение основных средств (в дальнейшем и производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 100 тыс. р. за единицу,

прочих расходов. Таким образом, за счет средств учредителей стали финансироваться только не включенные в структуру тарифа расходы капитального характера, а также расходы на приобретение дорогостоящего оборудования. Как результат, доля средств ОМС в структуре источников финансирования в регионе выросла в 2013 г. до 67,6 %.

Важное влияние на изменение структуры источников финансирования здравоохранения в области оказало изменение порядка уплаты страховых взносов на ОМС неработающих граждан. Страхователем неработающих граждан, а, соответственно, плательщиком страховых взносов в системе обязательного страхования являются региональные органы государственной власти. Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения включает в себя финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания которой установлены базовой программой ОМС.

До 2012 г. указанные страховые взносы подлежали зачислению в бюджеты ТФОМС, при этом не был формализован расчет суммы страховых взносов. Как следствие, страховые взносы регионов определялись преимущественно их финансовыми возможностями, существовала значительная дифференциация между регионами по размеру страховых взносов, наблюдался дефицит территориальных программ ОМС. С 2012 г. установлено, что страховые взносы регионов на ОМС неработающих граждан зачисляются в бюджет ФФОМС, и закреплён единый подход к определению их величины в соответствии с Законом № 354-ФЗ. При этом с целью недопущения резкого роста финансовой нагрузки на региональные бюджеты до 2015 г. был установлен переходный период для поэтапного достижения установленных значений взносов.

Изменение порядка уплаты взносов на ОМС неработающего населения привело к существенному и стремительному росту расходов бюджета Иркутской области на их уплату. Если в 2010 и 2011 гг. на уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения из бюджета Иркутской области было направлено по 3,2 млрд р., то в 2012 г. – 4,2 млрд р. (прирост 31 %), в 2013 г. – 7,6 млрд р. (прирост 81 %), в 2014 г. – 11,1 млрд р. (прирост 46 %), в 2015 г. – 15,5 млрд р. (прирост 39 %). В последующем динамика размера страховых взносов была обусловлена изменением численности неработающих граждан, а также коэффициента дифференциации, используемого в расчетах, величина которого зависит от значений отдельных экономических показателей в регионе¹ (рис. 20).

¹ Бюджет Иркутской области на 2022–2024 гг. (к закону Иркутской области от 16 дек. 2021 г. № 130-оз).

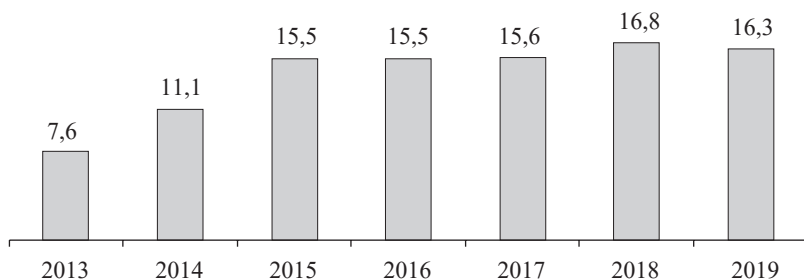


Рис. 20. Расходы областного бюджета на уплату взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения Иркутской области в 2013–2019 гг., млрд р.

Структура источников финансирования сферы здравоохранения Иркутской области формировалась также и под влиянием изменения подхода к предоставлению субвенции из бюджета ФФОМС в бюджеты ТФОМС в целях финансового обеспечения переданных полномочий в сфере охраны здоровья граждан. В 2012 г. размер указанных субвенций определялся как сумма страховых взносов на неработающее население, страховых взносов на работающее население в размере 2 % от ФОТ и размера дотаций, предусмотренных в бюджете ФФОМС в 2011 г.

Постановлением Правительства РФ «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» от 5 мая 2012 г. № 462 был введен единый подход к распределению между регионами субвенций на финансовое обеспечение переданных полномочий в сфере ОМС¹. Начиная с 2013 г. размер субвенций исчисляется исходя из численно-

¹ О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования : постановление Правительства РФ от 5 мая 2012 г. № 462 (ред. от 22 нояб. 2021 г.) // СПС «Консультант Плюс».

сти застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС и коэффициента удорожания стоимости услуг на территории субъекта РФ. Следствием изменения подхода к определению размера субвенций из ФФОМС в ТФОМС стало снижение дифференциаций между регионами по уровню финансовой обеспеченности ТПТ бесплатного оказания медицинской помощи. Так, в 2013 г. уровень доходов ТФОМС в расчете на одного жителя в регионах России отличался в 4,2 раза. В 2014 г. этот разрыв сократился и составил 1,9 раз.

Увеличение средств ОМС в структуре источников финансирования регионального здравоохранения также было обусловлено и поэтапным включением в систему обязательного медицинского страхования новых видов медицинской помощи. В частности, с 2013 г. в систему ОМС было включено оказание скорой медицинской помощи (за исключением санитарной авиации). При этом в 2013–2014 гг. ее финансирование осуществлялось за счет средств областного бюджета, передаваемых в виде межбюджетных трансфертов в бюджет ТФОМС, а с 2015 г. – за счет средств субвенции из ФФОМС. С 2014 г. начался поэтапный перевод в систему ОМС отдельных методов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется на основании установленных на федеральном уровне нормативов финансовых затрат (до 2014 г. источником финансирования высокотехнологичной медицинской помощи были средства федерального и региональных бюджетов). В систему ОМС в 2013–2015 гг. также были включены такие виды дорогостоящей медицинской помощи, как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ЭКО, а также медицинская реабилитация и др.

Несмотря на значительный рост средств ОМС в структуре источников финансирования здравоохранения Иркутской области, пятая часть расходов на оказание медицинской помощи в регионе финансируется из областного бюджета. В соответствии с ТПТ бесплатного оказания медицинской помощи за счет средств областного бюджета оказывается медицинская помощь по социально-значимым заболеваниям (туберкулез, венерология, психиатрия, наркология, СПИД), паллиативная помощь, финансируется санитарная авиация, служба крови, осуществляется централизованная закупка дорогостоящего медицинского оборудования, лекарственных препаратов, производятся расходы капитального характера (строительство и капитальный

ремонт), оказывается экстренная медицинская помощь незастрахованным в системе ОМС и др.

С 2014 г. в Иркутской области при формировании областного бюджета используется программно-целевой подход, что обеспечивает распределение бюджетных ресурсов по целям, задачам и функциям региональных органов власти с учетом приоритетов государственной региональной политики и общественной значимости ожидаемых и конечных результатов использования бюджетных средств.

Цели, задачи, индикаторы государственной политики Иркутской области в сфере здравоохранения, а также ресурсы, необходимые для финансового обеспечения мероприятий в сфере здравоохранения области закреплены в государственной программе Иркутской области «Развитие здравоохранения».

Расходы областного бюджета (без учета межбюджетных трансфертов федерального бюджета) выросли с 20,5 млрд р. в 2014 г. до 28,2 млрд р. в 2018 г.¹ При этом более половины средств направляется на уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения (табл. 21).

Вследствие кризисных явлений в экономике Иркутской области расходы областного бюджета на финансирование мероприятий в сфере здравоохранения (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения) в 2015 г. по сравнению с 2014 г. были сокращены. В последующем, в 2016–2018 гг. наблюдается увеличение средств областного бюджета на реализацию мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения».

Таблица 21

Расходы областного бюджета (без межбюджетных трансфертов федерального бюджета) на реализацию государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения» в 2014–2018 гг., млн р.

Подпрограмма	Год				
	2014	2015	2016	2017	2018
Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи	86,8	74,9	142,0	143,4	167,6

¹ Отчет об исполнении мероприятий государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения» в 2021 г.

Окончание табл. 21

Подпрограмма	Год				
	2014	2015	2016	2017	2018
Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации	6 119,3	4 255,7	4 579,7	5 433,5	6 274,8
Развитие оказания скорой специализированной медицинской помощи в экстренной форме гражданам, проживающим в труднодоступных районах Иркутской области, с применением воздушных судов	0,0	0,0	0,0	33,3	37,2
Развитие государственно-частного партнерства	0,0	0,0	0,0	175,0	233,9
Охрана здоровья матери и ребенка	710,7	624,3	671,5	637,5	574,9
Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения	4,5	4,5	4,6	5,5	48,4
Оказание паллиативной помощи	64,0	129,0	166,1	206,5	263,7
Кадровое обеспечение системы здравоохранения	86,3	78,5	104,8	45,4	49,0
Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях	432,8	516,7	544,9	779,2	950,5
Развитие информатизации в здравоохранении	47,2	38,8	43,6	45,1	48,9
Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения	12 921,0	16 424,9	17 278,7	2 707,2	2 742,6
Осуществление ОМС в Иркутской области	0,0	0,0	0,0	15 641,9	16 773,9
<i>Всего</i>	20 472,7	22 147,5	23 535,8	25 853,5	28 165,4

Среди расходов областного бюджета в сферу здравоохранения (не связанных с уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения), наибольший объем средств направляется на финансирование деятельности областных медицинских учреждений для оказания медицинской помощи по заболеваниям, не вошедшим в базовую программу ОМС. Указанные расходы осуществляются в рамках подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации». Одним из важнейших факторов, который обусловил динамику расходов областного бюджета по данной подпрограмме, является рост заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала с целью достижения индикаторов, установленных в указе Президента Российской Федерации «О мерах по реализации государственной социальной политики» от 7 мая 2012 г. № 597. Учитывая тот факт, что показатели заболеваемости отдельными социально значимыми заболеваниями в Иркутской области превышают среднероссийские значения (например, туберкулез, СПИД), из федерального бюджета в областной бюджет передаются межбюджетные трансферты для закупки диагностических средств, лекарственных препаратов, медицинских изделий для выявления заболевших лиц и их лечения.

В Иркутской области из года в год увеличивается объем средств, направляемых из областного бюджета на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (методы, не включенные в базовую программу ОМС). Так, в 2015 г. расходы областного бюджета на оказание высокотехнологичной медицинской помощи составили 561,3 млн р. (в том числе 111,3 млн р. за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета), в 2016 г. – 600,4 млн р. (90,9 млн р.), в 2017 г. – 699,7 млн р. (132,7 млн р.), в 2018 г. – 913,7 млн р. (118,8 млн р.).

Значительная часть средств областного бюджета, направляемых в сферу здравоохранения, связана с реализацией мероприятий по обеспечению граждан лекарственными препаратами (включая льготные лекарственные препараты), специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями отдельных категорий граждан в соответствии с Законом Иркутской области «О социальной поддержке отдельных групп населения в оказании медицинской помощи в Иркутской области» от 17 декабря 2008 г. № 106-оз. За 2014–2018 гг.

объем средств областного бюджета (без межбюджетных трансфертов федерального бюджета) на реализацию мероприятий по обеспечению граждан лекарственными препаратами увеличился более чем в 2 раза и составил в 2018 г. 950,5 млн р. При этом из федерального бюджета в Иркутскую область на обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами ежегодно поступает около 1 млрд р.

Рост расходов на финансирование подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» обусловлен, главным образом, увеличением средств, направляемых на иммунопрофилактику. Так, если в 2014 г. на приобретение вакцин для иммунопрофилактики направлялось лишь 24,8 млн р., то в 2016 г. – 132,4 млн р., в 2017 г. – 131,9 млн р., в 2018 г. – 155 млн р.

В 2016–2018 гг. был значительно увеличен объем средств, направляемых из областного бюджета на укрепление материально-технической базы медицинских организаций, на капитальный ремонт, реконструкцию, проектирование и строительство объектов здравоохранения области. В рамках реализации мероприятий государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения» общее финансирование на капитальный ремонт, реконструкцию, проектирование и строительство объектов здравоохранения в 2017–2018 гг. по сравнению с 2015 г. увеличено в 3,6 раза и составило в 2015 г. – 0,5 млрд р., в 2016 г. – 0,9 млрд р., в 2017 г. – 1,8 млрд р., в 2018 г. – 1,4 млрд р. Расходы областного бюджета на приобретение медицинского оборудования составили в 2015 г. – 87,5 млн р., в 2016 г. – 455 млн р., в 2017 г. – 506 млн р., в 2018 г. – 718,7 млн р.

Увеличение объема средств, направляемых из областного бюджета Иркутской области в сферу здравоохранения, позволило сократить дефицит ТПГТ бесплатного оказания медицинской помощи более чем в 2 раза. Так, дефицит территориальной программы в части средств консолидированного бюджета Иркутской области от расчетной стоимости (в соответствии с установленными на федеральном уровне объемами медицинской помощи и финансовыми нормативами) составил в 2015 г. 49 % (5,6 млрд р.), в 2016 г. – 42 % (5,0 млрд р.), в 2017 г. – 30 % (3,5 млрд р.), в 2018 г. – 20 % (2,3 млрд р.).

Достаточный уровень финансирования здравоохранения является одним из важнейших факторов, определяющих состояние здоровья населения, удовлетворенность населения медицинской помощью. Именно поэтому в 2019–2024 гг. Президентом и Правительством

Российской Федерации поставлена задача увеличения объема государственных финансовых ресурсов, направляемых в сферу здравоохранения.

Стратегические цели развития здравоохранения Российской Федерации и Иркутской области в 2019–2024 гг. закреплены в национальном проекте «Здравоохранение». Он включает в себя восемь федеральных проектов: Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи; Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями; Борьба с онкологическими заболеваниями; Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям; Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами; Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий; Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ); Развитие экспорта медицинских услуг.

Планируемый объем финансирования национального проекта в 2019–2024 гг. составляет 1 725,8 млрд р., в том числе средства федерального бюджета – 1 366,7 млрд р., бюджетов субъектов РФ – 265,0 млрд р., государственных внебюджетных фондов – 94,0 млрд р., внебюджетные источники – 0,1 млрд р.

Ключевые цели нацпроекта – снижение смертности населения; сокращение младенческой смертности; ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; упрощение процедуры записи на прием к врачу; увеличение объема экспорта медицинских услуг.

На этом реформы в сфере финансирования не заканчиваются. Дальнейшие перспективы развития зависят от множества факторов, что будет исследовано в дальнейших работах.

4. УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ: ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

4.1. Особенности структуры расходов учреждений здравоохранения Иркутской области

Оценка эффективности функционирования учреждений здравоохранения Иркутской области требует исследования особенностей их финансового обеспечения, которые обусловлены сложившейся в регионе структурой расходов учреждений системы здравоохранения.

Основными источниками финансирования расходов медицинских организаций, участвовавших в ТППГ Иркутской области в 2020 г., являются государственные источники¹ (табл. 22). Их доля составляет 93,4 % (65 322,98 млн р.), в том числе за счет средств ОМС – 61,7 %, бюджета Иркутской области – 19,8 %, федерального бюджета – 11,5 % и Фонда социального страхования – 0,3 %. Внебюджетные источники в сумме составляют 6,6 % (4 649,98 млн р.), в том числе средства домохозяйств или личные средства граждан 3,98 %, прочие источники финансирования – 1,96 % и ДМС – 0,7 %.

Также видно, что основной объем расходов системы здравоохранения Иркутской области направлен на финансирование ФОТ, т.е. 59 % (41 593,5 млн р.) тратится на заработную плату. Основными источниками покрытия данной статьи также являются государственные источники финансирования. Их доля составляет 93,9 % (39 072,3 млн р.), в том числе за счет средств ОМС – 71,6 %, консолидированного бюджета Иркутской области – 15,2 %, федерального бюджета – 6,8 %, фонда социального страхования – 0,3 %. Доля внебюджетных источников соответственно составляет 6,1 % (2 521,2 млн р.), из них средства ДМС, – 0,7 %, домашних хозяйства или личные средств граждан – 3,6 %, прочие поступления – 1,7 %.

¹ Система мониторинга ресурсного обеспечения : офиц. сайт. URL: <http://62.rosminzdrav.ru>.

Данная статья расходов состоит из трех основных категорий: заработная плата; начисления на выплаты по заработной плате; прочие выплаты.

Анализ структуры расходов медицинских организаций показал, что доля ФОТ на протяжении исследуемого периода изменялась в сторону уменьшения и составила в 2016 г. 61,4 %, а в 2020 г. 59 %. Это произошло вследствие роста других статей расходов, а именно расходов на приобретение основных средств, т.е. медицинского оборудования для борьбы с коронавирусной инфекцией.

Таблица 22

Консолидированная структура расходов медицинских организаций, участвовавших в Территориальной программе государственных гарантий Иркутской области, за 2016–2020 гг., %

Год	Источники	Расходы					
		Фонд опла- ты труда	Опла- та работ, услуг	Соци- альное обеспе- чение	Про- чие	Увеличе- ние сто- имости основных средств	Увеличение стоимости материаль- ных запасов
2016	Внебюджетные	42,1	7,7	17,3	1,0	5,4	26,5
	Государствен- ные внебюд- жетные фонды	67,8	7,2	0,0	1,0	1,0	23,0
	Бюджеты всех уровней	54,3	14,8	0,2	3,0	7,2	20,5
	<i>Всего</i>	61,4	8,0	3,5	1,2	2,4	23,5
2017	Бюджеты всех уровней	48,6	9,0	18,3	0,8	3,6	19,7
	Внебюджетные	69,5	7,7	0,0	1,0	0,7	21,0
	Государствен- ные внебюд- жетные фонды	50,7	13,9	0,2	2,5	13,8	18,8
	<i>Всего</i>	63,4	8,7	3,6	1,2	2,7	20,5
2018	Внебюджетные	46,9	8,1	17,7	0,7	8,3	18,4
	Государствен- ные внебюд- жетные фонды	52,0	13,7	0,3	3,8	13,3	16,9
	Бюджеты всех уровней	73,3	6,7	0,0	0,9	0,5	18,6
	<i>Всего</i>	65,8	7,6	3,7	1,1	3,3	18,4

Год	Источники	Расходы					
		Фонд опла- ты труда	Опла- та работ, услуг	Соци- альное обеспе- чение	Про- чие	Увеличе- ние сто- имости основных средств	Увеличение стоимости материаль- ных запасов
2019	Внебюджетные	54,0	14,0	0,0	3,0	8,0	21,0
	Государствен- ные внебюд- жетные фонды	72,0	6,0	0,0	1,0	1,0	20,0
	Бюджеты всех уровней	42,0	8,0	18,0	1,0	12,0	19,0
	<i>Всего</i>	64,0	7,0	4,0	1,0	4,0	20,0
2020	Бюджеты всех уровней	42,0	6,0	10,0	1,0	19,0	21,0
	Внебюджетные	54,0	14,0	0,0	3,0	9,0	20,0
	Государствен- ные внебюд- жетные фонды	69,0	6,0	0,0	1,0	1,0	23,0
	<i>Всего</i>	59,0	7,0	3,0	1,0	7,0	22,0

При этом среди источников финансирования заработной платы также произошли существенные изменения, в частности вырос объем финансирования из внебюджетных источников – с 42,1 до 54 %.

Стоит также упомянуть про структуру заработной платы. В соответствии с Едиными рекомендациями по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, утвержденных решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений, по совершенствованию системы оплаты труда медицинских работников, направленных на внедрение новых подходов в оплате труда таким образом, чтобы без учета выплат компенсационного характера за работу в местностях с особыми климатическими условиями заработная плата имела состав:

– 55–60 % – окладная часть;

– 30 % – стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, за квалификационную категорию;

– 10–15 % – выплаты компенсационного характера в зависимости от условий труда медицинских работников.

Далее предлагается рассмотреть вторую по своему размеру статью расходов – «Поступление нефинансовых активов», которая занимает 29 % (20 592 млн р.) всех расходов медицинских организаций за 2020 г.¹ (табл. 23).

Как видно, у каждого источника финансирования данной статьи есть своя специфика. Закупка медицинского оборудования осуществляется в основном за счет средств бюджетов всех уровней, в то время как закупка медикаментов и перевязочных средств, а также реактивов и химикатов, стекла и химпосуды, прочих материальных запасов – в основном за счет средств ОМС.

При этом сложившаяся структура расходов на приобретение нефинансовых активов в здравоохранении Иркутской области в 2020 г. отличается от допандемийной. В частности, еще в 2018 г. более 50 % расходов по этой статье за счет средств бюджетов приходилось на закупку медицинского оборудования, что было обусловлено законодательно закрепленным разграничением полномочий между бюджетами бюджетной системы РФ и фондами ОМС. Начиная с 2020 г. изменившаяся структура потребностей медицинских учреждений в нефинансовых активах привела к росту бюджетного финансирования, в первую очередь в закупках медикаментов и реактивов для диагностики коронавирусной инфекции. При этом фонды ОМС не предназначены для борьбы с эпидемиями, что и подтверждается сохранением структуры расходов, финансируемых из фондов ОМС.

Средства бюджетов, направленные на закупку нефинансовых активов, составляют 8 932,5 млн р., в том числе на увеличение стоимости основных средств 4 253,5 млн р. (из них на приобретение медицинского оборудования – 2 790,1 млн р.) и стоимости материальных запасов – 4 679,0 млн р. (из них на медикаменты и перевязочные средства – 3 259,0 млн р., продукты питания – 318,9 млн р., реактивы и химикаты, стекло и химпосуду – 187,7 млн р.). По данной структуре расходов можно сказать, что часть расходов на материальные запасы являются переменными (прямыми), зависящими от объемов оказания медицинской помощи населению. Расходы, связанные с приобретением объектов основных средств, будут зависеть от доходной части бюджетов и стратегии правительства.

¹ Система мониторинга ресурсного обеспечения : офиц. сайт. URL: <http://62.rosminzdrav.ru>.

Таблица 23

**Структура расходов медицинских организаций, участвовавших
в Территориальной программе государственных гарантий
Иркутской области в 2020 г. по статье
«Поступление нефинансовых активов»**

Показатель	Бюджеты всех уров- ней		Внебюд- жетные		Государ- ственные внебюджет- ные фонды		Всего	
	млн р.	%	млн р.	%	млн р.	%	млн р.	%
Поступление нефинансовых активов, в том числе:	8 932,5	100	1 313,5	100	10 316,2	100	20 592,1	100
Увеличение стоимости основных средств	4 253,5	48	418,3	32	235,1	2	4 906,9	24
медицинского оборудования	2 790,1	31	240,0	18	165,8	2	3 195,9	16
прочих основных средств	1 463,4	16	178,3	14	69,3	1	1 711,0	8
Увеличение стоимости материальных запасов	4 679,0	52	925,0	70	10 081,1	98	15 685,1	76
медикаментов и перевязочных средств	3 259,0	36	274,8	21	6 486,3	63	10 020,1	49
продуктов питания	318,9	4	50,4	4	517,7	5	887,0	4
реактивов и химикатов, стекло и химпосуды	187,7	2	179,9	14	1 096,1	11	1 463,8	7
прочих материальных запасов	913,4	10	464,9	35	1 981,0	19	3 314,2	16

Средства ОМС и Фонда социального страхования составляют 10 316,2 млн р., при этом 10 081,1 млн р. приходится на увеличение стоимости материальных запасов, из них на медикаменты и перевязочные средства – 6 486,3 млн р., продукты питания – 517,7 млн р., реактивы и химикаты, стекло и химпосуду – 1 096,1 млн р. Оставшиеся 235,1 млн р. приходится на увеличение стоимости основных средств, из которых в 2020 г. закуплено оборудование на общую стоимость 165,8 млн р. Эта ситуация обусловлена тем, что за счет средств ОМС

категорически запрещено производить закупки оборудования, стоимость которого превышает 100 000 р.

Увеличение стоимости нефинансовых активов за счет внебюджетных источников в системе здравоохранения хоть и играет незначительную роль, но в 2020 г. за счет них было приобретено нефинансовых активов на сумму 1 313,5 млн р. Потенциал у данного источника с позиции маневренности значительный, так как на этот источник финансирования закупок не распространяется Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ.

Далее предлагается рассмотреть расходы учреждений системы здравоохранения на оплату работ, услуг, представленные в табл. 24. К ним относятся: услуги связи; транспортные услуги; коммунальные услуги; арендная плата за пользование имуществом; работы, услуги по содержанию имущества; прочие работы, услуги.

Данные расходы являются постоянными, так как их корреляция с объемом оказания медицинской помощи незначительна, т.е. они не связаны напрямую с объемами медицинской помощи.

В общей структуре расходов данная статья занимает 7 % (4 776,2 млн р.), из них средства ОМС – 57,0 % (2 722,2 млн р.), средства консолидированного бюджета Иркутской области – 16,5 % (788,2 млн р.), личных средств граждан – 7,4 % (355,2 млн р.). Основными подстатьями этих расходов являются коммунальные услуги (1 392,5 млн р.) и работы, услуги по содержанию имущества (1 009,9 млн р.).

Таблица 24

Структура расходов медицинских организаций, участвовавших в Территориальной программе государственных гарантий Иркутской области в 2020 г. по статье «Оплата работ, услуг»

Показатели	Бюджеты всех уровней		Внебюджетные		Государственные внебюджетные фонды		Всего	
	млн р.	%	млн р.	%	млн р.	%	млн р.	%
Оплата работ, услуг, в том числе:	1 403,9	100	649,2	100	2 723,1	100	4 776,2	100
Услуги связи	16,0	1	22,3	3	125,6	5	163,9	3

Показатели	Бюджеты всех уровней		Внебюд- жетные		Государ- ственные внебюджет- ные фонды		Всего	
	млн р.	%	млн р.	%	млн р.	%	млн р.	%
Транспортные услуги	435,0	31	61,0	9	77,9	3	573,8	12
Коммунальные ус- луги	234,4	17	92,4	14	1 065,8	39	1 392,5	29
Арендная плата за пользование имуще- ством	13,0	1	14,8	2	133,3	5	161,1	3
Работы, услуги по со- держанию имущества	131,8	9	188,2	29	689,9	25	1 009,9	21
Прочие, включая	572,9	41	267,9	41	629,7	23	1 355,9	28
лабораторные исследования	3,1	0	13,0	2	60,3	2	76,4	2
страхование	0,8	0	2,6	0	0,9	0	4,2	0

Таким образом, мы получили усредненную структуру расходов медицинских учреждений Иркутской области за 2020 г., которая показывает, что в региональной системе здравоохранения существует две основных статьи расходов – ФОТ и закупка материальных запасов.

Структура расходов учреждений здравоохранения Иркутской области по источникам финансирования в 2020 г. представлена на рис. 21.

Как видно, доминирующим источником финансирования расходов учреждений здравоохранения Иркутской области в 2020 г. были средства ОМС, на долю которых приходится 62 %; значительный удельный вес составляют средства консолидированного бюджета региона – 20 %; федеральный бюджет финансирует 11 % расходов медицинских учреждений. Доля остальных источников финансирования незначительна. Среди них стоит отметить только личные средства граждан – 4 %.

Очевидно, что система здравоохранения имеет отраслевую специфику, характерную для любой сферы услуг, где более 50 % расходов составляет фонд заработной платы.

Далее для более глубокого анализа финансового обеспечения учреждений здравоохранения необходимо оценить их финансовое состояние.



Рис. 21. Структура расходов учреждений здравоохранения Иркутской области по источникам финансирования в 2020 г., %

4.2. Методика экспресс-оценки финансового состояния учреждений здравоохранения

За последние годы произошел значительный рост финансового обеспечения государственной системы здравоохранения в России в целом на фоне реализованного перехода на одноканальное финансирование. Однако результативность деятельности учреждений здравоохранения по-прежнему зависит от объема доведенных средств.

Для того чтобы делать выводы об эффективности существующей системы финансирования здравоохранения в России, целесообразно оценить финансовое состояние учреждений здравоохранения, оказывающих услуги по ОМС.

Методик оценки эффективности или результативности деятельности учреждений здравоохранения, утвержденных нормативно-правовыми документами в РФ, нет. Это определяет необходимость разработки авторской методики экспресс-оценки финансового состояния учреждений здравоохранения.

Предлагаемая методика экспресс-оценки финансового состояния учреждений здравоохранения включает:

– систему показателей, сгруппированных по экономическому смыслу;

– оценку показателей по балльной системе.

Источники данных для проведения экспресс-оценки:

– отчет о финансовых результатах деятельности учреждения;

– баланс государственного учреждения;

– информация о результатах деятельности и использовании имущества.

Используются открытые источники данных, которые находятся в свободном доступе в сети Интернет.

Система показателей экспресс-оценки включает девять разделов, каждому разделу соответствует один балл: Б1, Б2, Б3, Б4, Б5, Б6, Б7, Б8, Б9.

Основные этапы экспресс-оценки:

1. Оценка изменения уровня финансового обеспечения за период с 2012 по 2018 г. (Б₁).

2. Оценка изменения показателей развития деятельности за период с 2012 по 2018 г. (Б₂).

3. Анализ финансового состояния по данным бухгалтерского баланса за 2018 г. Включает пять групп финансовых коэффициентов, характеризующих:

– финансовую устойчивость (Б₃);

– платежеспособность (Б₄);

– достаточность оборотных средств (Б₅);

– уровень задолженности (Б₆);

– имущественное положение (Б₇).

4. Оценка уровня заработной платы (Б₈).

5. Оценка качества финансовой отчетности (Б₉).

Баллы присваиваются на основе сравнения расчетных значений показателей с нормативными по шкале: –1 (не соответствует); 0 (приблизительно соответствует); 1 (соответствует).

Внутригрупповым коэффициентам присваиваются весовые значения.

В итоговой таблице рассчитывается средний балл (Б₁₀), характеризующий финансовое состояние учреждения здравоохранения:

– $B_{10} < 0$ – неудовлетворительное состояние;

– $0 \leq B_{10} < 0,5$ – удовлетворительное;

– $B_{10} \geq 0,5$ – хорошее.

Рассмотрим порядок расчета показателей, используемых в методике.

Показатели, рассчитываемые по отчету о финансовых результатах деятельности учреждения здравоохранения, представлены в табл. 25. Данная система показателей сложилась в результате усовершенствования предложений А.В. Фролкина [43], Н.И. Яшиной, К.С. Яшина, Е.В. Артамонычевой [49] и других, а также собственных разработок [38, с. 98–101].

Таблица 25

Показатели, рассчитываемые по отчету о финансовых результатах деятельности учреждения

Показатель	Порядок расчета	Характеристика
Темп прироста финансового результата (ТП), %	$\frac{\text{Значение показателя 2018 г.}}{\text{Значение показателя 2012 г.}} \cdot 100 - 100$	Характеризует изменение за период
Отклонение от норматива (откл.), %	$\frac{\text{Расчетное значение}}{\text{Нормативное значение}} \cdot 100 - 100$	Характеризует отклонение расчетного значения от нормативного
Доля внебюджетных доходов в общей величине доходов в 2012 г., %	$\frac{\text{Деятельность по оказанию услуг}}{\text{Доходы (стр. 010, итого)}} \cdot 100$	Деятельность по оказанию услуг (стр. 010, графа 5) включает: доходы от собственности (стр. 030), доходы от оказания платных услуг (стр. 040), доходы от штрафов, пени (стр. 050), иные прочие доходы (стр. 104)
Доля внебюджетных доходов в общей величине доходов в 2018 г., %	$\frac{\text{Приносящая доход деятельность}}{\text{Доходы (стр. 010, итого)}} \cdot 100$	Приносящая доход деятельность (стр. 010, графа 6) включает: доходы от оказания платных услуг – средства ОМС и платные медицинские услуги (стр. 040), доходы от собственности (стр. 030), доходы от штрафов, пени (стр. 050), иные прочие доходы (стр. 104)

Продолжение табл. 25

Показатель	Порядок расчета	Характеристика
Доля расходов на оплату труда с начислениями в общей величине расходов, %	$\frac{\text{Расходы на оплату труда}}{\text{Расходы (стр. 150, итого)}} \cdot 100$	Расходы на оплату труда: стр. 160, итого. Характеризует уровень расходов на оплату труда с начислениями
Выручка	Выручка за оказанные услуги	Выручка 2012: деятельность по оказанию услуг (стр. 010, графа 5); Выручка 2018: доходы от оказания платных услуг (стр. 040, итого)
Рентабельность продаж (Рпр), %	$\frac{\text{Чистая прибыль (стр. 300)}}{\text{Выручка}} \cdot 100$	Чистая прибыль = (доходы – расходы) + резервы предстоящих расходов. Показатель чистой прибыли (убытка) на 1 р. выручки за оказанные услуги
Соотношение доходов и расходов (КД/Р)	$\frac{\text{Доходы (стр. 010, итого)}}{\text{Расходы (стр. 150, итого)}}$	Величина доходов на 1 р. расходов. Минимальный достаточный уровень финансирования: КД / Р > 1
Фондоотдача активной части основных средств (Факт)	$\frac{\text{Выручка за услуги}}{\text{ср. ДИ ос}}$	Среднегодовая остаточная стоимость движимого имущества (ср. ДИОС). Показатель уровня деловой активности
Зарплатоёмкость (КЗ/Е)	$\frac{\text{Расходы на оплату труда (ФОТ)}}{\text{Выручка за услуги}}$	Показывает, какая сумма заработной платы содержится в 1 р. оказанных услуг. Характеризует эффективность использования трудовых ресурсов

Показатель	Порядок расчета	Характеристика
Средняя заработная плата (расчетное значение)	Заработная плата (стр. 161) / ср. шт. / 12	Расходы на заработную плату: стр. 161; ср. шт. – среднегодовая штатная численность

Формы финансовой отчетности государственных учреждений имеют ряд различий по сравнению с отчетностью коммерческих организаций. Для того чтобы применить методы анализа финансовой отчетности, необходимо адаптировать баланс государственного учреждения к балансу коммерческой организации (на основе схожести статей по экономическому смыслу) и для удобства рассчитать используемые в дальнейшем показатели.

Показатели, рассчитываемые по балансу государственного учреждения, представлены в табл. 26.

С 2019 г. в практике учреждений здравоохранения используются две разные формы баланса (новая и устаревшая), поэтому в табл. 26 приводятся два варианта расчета соответствующих показателей.

Таблица 26

Показатели, рассчитываемые по балансу

Показатель	Порядок расчета
I. Внеоборотные активы (ВНА)	1. Стр. 030 + 070 + 160; 2. Стр. 030 + 070 + 625 + 090, где стр. 030 – основные средства, остаточная стоимость; стр. 070 – произведенные активы; стр. 160 (625) – расходы будущих периодов; стр. 090 – вложения в нефинансовые активы
II. Оборотные активы (ОА)	1. Стр. 080 + 200 + 250 + 260 + 280; 2. Стр. 080 + 170 + 230 + 260 + 310 + 320 + 380, где стр. 080 – материальные запасы (МЗ); стр. 200 (170) – денежные средства (ДС); стр. 250 (230) – дебиторская задолженность по доходам (ДЗ); стр. 260 (260, 310, 320) – ДЗ по выплатам; стр. 280 (380) – прочие расчеты с дебиторами
III. Капитал и резервы. Собственный капитал (СК): два варианта	1. Стр. 480 + 570 + 520; 2. Стр. 330 + 623 + 626, где стр. 480 (330) – расчеты с учредителем; стр. 570 (623) – финансовый результат; стр. 520 (626) – резервы предстоящих расходов

Показатель	Порядок расчета
IV. Краткосрочные обязательства (КО): два варианта	1. Стр. 410 + 420 + 430 + 510; 2. Стр. 490 + 510 + 530 + 570 + 624, где стр. 410 (490) – кредиторская задолженность по выплатам; стр. 420 (510) – расчеты по платежам в бюджеты; стр. 430 (530, 570) – иные расчеты; стр. 510 (624) – доходы будущих периодов
Величина совокупных активов (А)	I + II (валюта баланса)
Величина совокупных пассивов (П)	III + IV (валюта баланса)
Дебиторская задолженность (ДЗ): два варианта	1. Стр. 250 + 260 + 280; 2. Стр. 230 + 260 + 310 + 320 + 380
Кредиторская задолженность (КЗ): два варианта	1. Стр. 410 + 420 + 430; 2. Стр. 490 + 510 + 530 + 570
Основные средства (ОС)	Балансовая стоимость: стр. 010; остаточная стоимость: стр. 030
Амортизация недвижимого имущества (Ам НИ)	1. Стр. 021 (2017 г.); 2. Стр. 021
Среднегодовое значение показателя (ср.)	(Значение показателя НГ + значение показателя КГ) / 2, где НГ – начало года; КГ – конец года
Состав основных средств (ОС)	Активная часть ОС – движимое имущество (техника, оборудование, транспорт): 1. ДИБС: информация о результатах деятельности и об использовании имущества. ДИОС: остаточная стоимость: стр. 032 + 033 (2017 г.). 2. ДИБС: стр. 012 + 013; ДИОС: стр. 032 + 033. Пассивная часть ОС – недвижимое имущество (здания, сооружения): 1. НИБС: информация о результатах деятельности и об использовании имущества; НИОС: остаточная стоимость: стр. 031 (2017 г.). 2. НИБС: стр. 011; НИОС: стр. 031

В балансе государственного учреждения можно считать, что уставный капитал отражается по строке «Расчеты с учредителем», под которыми понимается получение учреждением от учредителя объектов основных средств и закрепление на них права оперативного управления. Расчеты учреждения с учредителем осуществляются в объеме прав по распоряжению недвижимым и особо ценным движимым имуществом (далее – ОЦИ), в отношении которого учреждение не имеет права самостоятельного распоряжения и не отвечает по своим обязательствам. Учредитель берет на себя обязательства по содержанию этого имущества. Расчеты с учредителем включаются в валюту баланса за вычетом амортизации ОЦИ (по остаточной стоимости).

В первом варианте баланса «Расчеты с учредителем» отражаются в пассиве баланса (стр. 480), а во втором – в активе баланса (стр. 330) со знаком «минус». При адаптации баланса эта сумма переносится в пассив, в активе баланса отражается уменьшение расчетов с учредителем в результате амортизации.

Как правило, у бюджетных учреждений здравоохранения отсутствуют заемные средства (хотя законодательно не установлен запрет на получение бюджетным учреждением кредитов и займов), поэтому раздел баланса «Долгосрочные обязательства» и соответствующие показатели исключены из анализа.

Другой особенностью является показатель «Кредиторская задолженность по доходам» (стр. 470 (580)) раздела «Обязательства» баланса бюджетного учреждения. По данному счету отражается задолженность учреждения перед страховыми медицинскими организациями (СМО). Эта задолженность не относится к проблемной, так как представляет собой задержку в расчетах (на основе авансовых платежей), поэтому целесообразно исключить стр. 470 (580) из расчета краткосрочных обязательств.

Недостатком новой формы баланса для целей анализа является то, что в нем отражается только стоимость основных средств, без деления по видам имущества.

Сведения о балансовой стоимости недвижимого и движимого имущества содержатся в нефинансовой отчетности (информация о результатах деятельности и использовании имущества), но без указания сумм начисленной амортизации.

Еще одним направлением экспресс-оценки является расчет финансовых коэффициентов – относительных показателей финан-

сового состояния организации. Используемые финансовые коэффициенты сгруппированы по экономическому содержанию. Группы финансовых коэффициентов для проведения анализа финансового состояния по данным бухгалтерского баланса представлены в табл. 27.

Таблица 27

Группы финансовых коэффициентов

Наименование коэффициента	Расчетная формула	Нормативное значение	Характеристика показателя
<i>Показатели финансовой устойчивости</i>			
Коэффициент финансовой независимости / автономии ($K_{авт}$)	$\frac{СК}{А}$	Не менее 0,5	Характеризует долю (удельный вес) собственных источников в общей величине имущества организации
Коэффициент постоянного актива ($K_{ПА}$)	$\frac{ВНА}{СК}$	0,6–0,8	Показывает, какая доля внеоборотных активов профинансирована за счет собственного капитала
Коэффициент обеспеченности собственными оборотными средствами ($K_{сос}$)	$\frac{СК - ВНА}{ОА}$	Не менее 0,1	Отношение собственных оборотных средств к оборотным активам: характеризует долю средств, принадлежащих организации в ее оборотных активах
<i>Показатели платежеспособности (ликвидности)</i>			
Коэффициент текущей ликвидности ($K_{тек}$)	$\frac{ОА}{КО}$	2–3	Показывает, в какой степени оборотные активы покрывают краткосрочные обязательства
Коэффициент срочной ликвидности ($K_{сроч}$)	$\frac{ДЗ + ДС}{КО}$	Не менее 0,8	Показывает, какая часть краткосрочных обязательств может быть погашена за счет денежных средств и ожидаемых поступлений
Коэффициент абсолютной ликвидности ($K_{абс}$)	$\frac{ДС}{КО}$	Не менее 0,2	Показывает, какая часть краткосрочных обязательств может быть погашена на конкретную дату
Доля денежных средств ($K_{ДС}$)	$\frac{ДС}{А}$	Не менее 0,1	Показывает, какую долю в имуществе организации составляют денежные средства

Продолжение табл. 27

Наименование коэффициента	Расчетная формула	Нормативное значение	Характеристика показателя
<i>Показатели, характеризующие достаточность оборотных средств</i>			
Доля оборотных активов (K_{OA})	$\frac{OA}{A}$	Не менее 0,3	Показывает, какую часть имущества организации составляют оборотные активы
Доля материальных запасов ($K_{MЗ}$)	$\frac{MЗ}{A}$	Не менее 0,1	Показывает, какую долю в имуществе организации составляют материальные запасы
Величина чистого оборотного капитала (ЧОК)	$OA - KO$	>	Характеризует дефицит (отрицательное значение) или профицит краткосрочных активов над краткосрочными обязательствами
Коэффициент покрытия запасов чистым оборотным капиталом ($K_{ЧОК}$)	$\frac{MЗ}{ЧОК}$	Не более 1	Показывает, достаточно ли величины чистого оборотного капитала для финансирования низколиквидных (материальных) запасов организации
<i>Показатели, характеризующие уровень задолженности</i>			
Соотношение обязательств и собственных средств ($K_{обяз}$)	$\frac{KЗ}{СК}$	Не более 0,7	Характеризует отношение обязательств (кредиторская задолженность) к собственным средствам
Доля кредиторской задолженности ($K_{KЗ}$)	$\frac{KЗ}{A}$	Не более 0,3	Показывает долю кредиторской задолженности в имуществе организации
Доля дебиторской задолженности ($K_{ДЗ}$)	$\frac{ДЗ}{A}$	Не более 0,3	Показывает долю дебиторской задолженности в имуществе организации
Коэффициент соотношения дебиторской и кредиторской задолженности ($K_{ДЗ/КЗ}$)	$\frac{ДЗ}{KЗ}$	Не менее 1	Показывает, какой объем дебиторской задолженности приходится на 1 р. кредиторской задолженности
<i>Показатели, характеризующие имущественное положение</i>			
Коэффициент реальной стоимости имущества ($K_{имущ}$)	$\frac{OC \text{ ос} + MЗ}{П}$	Не менее 0,5	Отношение остаточной стоимости основных средств и материальных запасов к стоимости имущества. Показывает, насколько эффективно используются средства для осуществления деятельности

Наименование коэффициента	Расчетная формула	Нормативное значение	Характеристика показателя
Соотношение активной и пассивной частей основных средств ($K_{АП}$)	$\frac{\text{ср. ДИ ос}}{\text{ср. НИ ос}}$	Не менее 1	Отношение среднегодовой остаточной стоимости активной части основных средств (ДИ) к среднегодовой остаточной стоимости пассивной части (НИ). Характеризует структуру основных средств
<i>Показатели, характеризующие имущественное положение</i>			
Коэффициент износа недвижимого имущества ($K_{изНИ}$)	$\frac{Ам\ ни}{НИ\ бс}$	Не более 0,4	Отношение общей суммы амортизации недвижимого имущества ($А_{м\ ни}$) к его балансовой стоимости (НИ _{бс}). Показывает долю износа (утраченной) стоимости имущества в его первоначальной стоимости
Коэффициент годности недвижимого имущества ($K_{годНИ}$)	$\frac{НИ\ ос}{НИ\ бс}$	Не менее 0,7	Отношение остаточной стоимости (НИ _{ос}) к балансовой стоимости недвижимого имущества (НИ _{бс}). Показывает долю остаточной (несамортизированной) стоимости имущества в его первоначальной стоимости

Фактические значения финансовых коэффициентов целесообразно сопоставлять с нормативными (нормальными) значениями.

Общая характеристика групп финансовых коэффициентов:

1. Показатели финансовой устойчивости. Характеризуют степень обеспеченности имущества организации собственными источниками формирования.

2. Показатели платежеспособности (ликвидности). Позволяют оценить финансовое состояние организации на краткосрочную перспективу, показывают степень обеспеченности тем или иным набором ликвидных активов.

3. Показатели достаточности оборотных средств. Характеризуют обеспеченность организации оборотными средствами, необходимыми для ведения деятельности, способность финансировать запасы (основные виды материальных запасов в учреждениях здравоохране-

ния: медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, горюче-смазочные материалы).

4. Показатели, характеризующие уровень задолженности. Показывают уровень кредиторской и дебиторской задолженности (заемные средства у бюджетных учреждений отсутствуют).

5. Показатели, характеризующие имущественное положение. Служат для оценки эффективности использования основных средств, отображают состояние имущества.

Таким образом, предлагаемая методика экспресс-оценки финансового состояния учреждений здравоохранения позволила сделать вывод об уровне финансового состояния, перспективах его развития, а также сравнить учреждения отрасли, выделив в ней наиболее результативные.

4.3. Экспресс-оценка финансового состояния районных больниц Иркутской области

Объектом анализа и оценки являются районные больницы Иркутской области, осуществляющие деятельность в сфере ОМС.

В качестве объекта анализа и оценки выбраны:

1. Государственные учреждения, так как они обеспечивают право на получение бесплатной медицинской помощи.

2. Больничные организации, так как специализированная стационарная помощь является основным звеном медицинской помощи.

3. Районные учреждения, так как удаленность от областного центра часто означает проблемы с финансированием.

4. Учреждения, осуществляющие деятельность в сфере ОМС, так как они финансируются по общей модели (для большинства учреждений здравоохранения в Российской Федерации).

Список районных больничных организаций, участвующих в реализации ТПОМС Иркутской области в 2019 г.:

1. ОГБУЗ «Аларская районная больница».
2. ОГБУЗ «Балаганская районная больница».
3. ОГБУЗ «Боханская районная больница».
4. ОГБУЗ «Братская районная больница».
5. ОГБУЗ «Железногорская районная больница».
6. ОГБУЗ «Жигаловская районная больница».
7. ОГБУЗ «Заларинская районная больница».
8. ОГБУЗ «Иркутская районная больница».
9. ОГБУЗ «Казачинско-Ленская районная больница».

10. ОГБУЗ «Катангская районная больница».
11. ОГБУЗ «Качугская районная больница».
12. ОГБУЗ «Киренская районная больница».
13. ОГБУЗ «Куйтунская районная больница».
14. ОГБУЗ «Нукутская районная больница».
15. ОГБУЗ «Ольхонская районная больница».
16. ОГБУЗ «Районная больница г. Бодайбо».
17. ОГБУЗ «Районная больница п. Мама».
18. ОГБУЗ «Тайшетская районная больница».
19. ОГБУЗ «Усть-Удинская районная больница».
20. ОГБУЗ «Чунская районная больница».
21. ОГБУЗ «Шелеховская районная больница».

Все больничные организации являются областными государственными бюджетными учреждениями здравоохранения.

В целях проведения анализа каждой больничной организации присвоен номер в соответствии с приведенным списком. Данный номер используется во всех таблицах.

Анализ изменения уровня финансового обеспечения районных больниц Иркутской области за период с 2012 по 2018 г. представлен в табл. 28.

Балл оценки (Б1) рассчитывается как сумма баллов B_1 , B_2 (весовые значения 0,2 и 0,8 соответственно).

Критериями для присвоения баллов являются:

- положительная / отрицательная динамика (+/– 0,1) коэффициента $K_{д/р}$ соотношения доходов и расходов (B_1);
- соответствие / не соответствие значения коэффициента $K_{д/р}$ в 2018 г. нормальному уровню (B_2) (табл. 28).

Таблица 28

Результаты анализа уровня финансового обеспечения районных больниц Иркутской области за период с 2012 по 2018 г.

№	Темп прироста, %			Удельный вес, %				$K_{ДП\ 2012}$	$K_{ДП\ 2018} (\triangle 1)$	B_1	B_2	B_1
				Внебюд- жетных доходов		Расходов на фонд опла- ты труда						
	До- ходы	Рас- ходы	Фонд опла- ты труда	2012	2018	2012	2018					
1	112,7	57,0	40,3	59,8	44,4	66,1	59,1	1,08	1,46	0,20	0,8	1,0
2	60,3	78,4	91,5	42,6	84,0	69,4	74,5	1,02	0,92	-0,2	-0,8	-1,0

№	Темп прироста, %			Удельный вес, %				$K_{ДР\ 2012}$	$K_{ДР\ 2018}(\geq 1)$	Б ₁	Б ₂	Б ₁
				Внебюд- жетных доходов		Расходов на фонд опла- ты труда						
	До- ходы	Рас- ходы	Фонд опла- ты труда	2012	2018	2012	2018					
3	47,5	132,3	89,6	53,7	Н/д	79,8	65,1	0,97	0,62	-0,2	-0,8	-1,0
4	373,2	515,5	506,3	76,9	90,4	70,3	69,2	1,27	0,98	-0,2	0,0	-0,2
5	92,4	116,1	167,6	50,1	89,6	67,2	83,2	1,09	0,97	-0,2	0,0	-0,2
6	16,2	43,8	96,7	37,7	88,9	49,9	68,2	1,10	0,89	-0,2	-0,8	-1,0
7	119,2	87,2	80,2	64,6	78,8	68,0	65,5	0,82	0,96	0,2	0,0	0,2
8	89,1	216,8	96,6	46,9	99,0	74,5	46,3	1,02	0,61	-0,2	-0,8	-1,0
9	44,5	108,9	73,1	57,1	84,8	80,3	66,5	1,40	0,97	-0,2	0,0	-0,2
10	167,7	37,5	195,7	53,4	92,5	33,4	71,8	0,48	0,94	0,2	-0,8	-0,6
11	68,3	71,7	72,3	56,7	85,9	72,4	72,6	1,07	1,05	0,0	0,8	0,8
12	52,5	48,8	67,9	88,2	94,5	67,2	75,8	1,00	1,02	0,0	0,8	0,8
13	Н/д	68,2	62,2	Н/д	81,5	65,9	63,5	Н/д	0,79	0,2	-0,8	-0,6
14	83,2	87,1	100,1	66,0	81,7	63,7	68,1	1,03	1,01	0,0	0,8	0,8
15	77,4	128,3	88,7	50,9	91,2	67,8	56,0	1,05	0,82	-0,2	-0,8	-1,0
16	48,2	54,3	60,1	52,1	84,4	69,7	72,4	1,01	0,97	0,0	0,0	0,0
17	13,4	605,5	813,4	87,3	86,1	60,4	78,2	6,06	0,97	-0,2	0,0	-0,2
18	139,8	134,4	191,7	50,4	81,6	59,1	73,6	1,09	1,12	0,0	0,8	0,8
19	4,7	54,0	72,9	51,2	77,2	62,6	70,3	1,30	0,88	-0,2	-0,8	-1,0
20	46,1	108,6	87,4	46,9	77,4	84,8	76,2	1,30	0,91	-0,2	-0,8	-1,0
21	71,0	91,5	85,6	69,8	90,8	78,8	76,4	1,17	1,05	-0,2	0,8	0,6
Ср.	86,4	135,5	149,5	58,1	84,2	67,2	69,2	—	—	—	—	—

Анализ показателей развития деятельности районных больниц Иркутской области за период с 2012 по 2018 г. представлен в табл. 29.

Таблица 29

Анализ показателей развития деятельности районных больниц Иркутской области за период с 2012 по 2018 г.

№	Темп прироста, %										Б2
	<i>НИ_{БС}</i>	Б ₁	<i>S</i>	Б ₂	<i>Шт.</i>	Б ₃	<i>ДИ_{БС}</i>	Б ₄	Факт*	Б ₅	
1	807,7	0,15	41,6	0,2	15,0	0,3	138,0	0,2	-71,0	-0,15	0,70
2	103,1	0,15	9,7	0,2	-3,2	-0,3	54,9	0,2	3,0	0,00	0,25

№	Темп прироста, %										Б2
	НИ _{БС}	Б ₁	S	Б ₂	Шм.	Б ₃	ДИ _{БС}	Б ₄	Факт*	Б ₅	
3	Н/д	-0,15	33,8	0,2	27,9	0,3	260,7	0,2	-63,8	-0,15	0,55
4	1,8	0,00	56,6	0,2	57,4	0,3	346,7	0,2	-46,1	-0,15	0,55
5	38,2	0,15	0,4	0,0	27,5	0,3	190,4	0,2	146,5	0,15	0,80
6	-19,8	-0,15	-73,7	-0,2	2,1	0,0	44,6	0,2	-70,2	-0,15	-0,30
7	25,8	0,15	27,0	0,2	4,4	0,3	149,1	0,2	-15,7	-0,15	0,70
8	137,2	0,15	49,8	0,2	3,4	0,3	67,4	0,2	-30,0	-0,15	0,70
9	-0,2	0,00	-3,2	-0,2	-10,4	-0,3	28,6	0,2	62,3	0,15	-0,15
10	-4,4	-0,15	-11,3	-0,2	-7,5	-0,3	36,1	0,2	119,6	0,15	-0,30
11	4,3	0,00	7,8	0,2	-9,6	-0,3	51,3	0,2	47,5	0,15	0,25
12	54,2	0,15	50,8	0,2	7,0	0,3	88,8	0,2	92,1	0,15	1,00
13	22,6	0,15	62,1	0,2	0,9	0,0	126,5	0,2	-146,7	-0,15	0,40
14	5,5	0,00	23,0	0,2	10,2	0,3	58,4	0,2	90,1	0,15	0,85
15	Н/д	-0,15	-9,2	-0,2	-2,9	-0,3	215,6	0,2	-81,4	-0,15	-0,45
16	-3,8	-0,15	-14,8	-0,2	-10,7	-0,3	29,5	0,2	45,9	0,15	-0,30
17	0,0	0,00	18,8	0,2	0,3	0,0	1,9	0,0	127,2	0,15	0,35
18	562,3	0,15	19,2	0,2	36,9	0,3	115,1	0,2	45,9	0,15	1,00
19	105,3	0,15	13,3	0,2	3,8	0,3	101,0	0,2	12,4	0,00	0,85
20	21,2	0,15	-0,9	-0,2	-11,3	-0,3	81,9	0,2	38,8	0,15	0,00
21	0,6	0,00	0,0	0,0	2,7	0,0	41,2	0,2	69,4	0,15	0,35
Ср.	98,0	—	14,3	—	6,8	—	106,1	—	—	—	—

* Для учреждений № 4, 5, 7, 9, 11–13, 16–21 темп прироста «Факт» рассчитан за период с 2012 по 2017 г.

Балл оценки (Б2) рассчитывается как сумма баллов Б₁, Б₂, Б₃, Б₄, Б₅ (весовые значения 0,15; 0,2; 0,3; 0,2; 0,15 соответственно).

Оценивается динамика показателей: отрицательная динамика (< 0) является неудовлетворительной.

Критериями для присвоения баллов являются:

– динамика балансовой стоимости недвижимого имущества (НИБС, тыс. р.) – $(Б_1) \geq 10\%$;

– динамика общей площади объектов недвижимости (S, м²) – $(Б_2) \geq 5\%$;

– динамика штатной численности (Шм., ед.) – $(Б_3) \geq 3\%$;

– динамика балансовой стоимости движимого имущества (ДИ_{БС}, тыс. р.) – $(Б_4) \geq 20\%$;

– динамика коэффициента фондоотдачи активной части основных средств (Факт) – $(Б_5) \geq 20\%$.

Указанные значения характеризуют хороший уровень.

Фактические показатели за 2018 г. рассчитаны по данным 2017 г. для учреждений, использующих новую форму баланса, и учреждений, не заполнивших соответствующие строки.

Анализ финансовой устойчивости районных больниц Иркутской области в 2018 г. представлен в табл. 30.

Балл оценки (Б3) рассчитывается как сумма баллов B_1, B_2, B_3, B_4 (весовые значения 0,25).

Критериями для присвоения баллов являются:

- коэффициент автономии ($K_{авт.}$) – (B_1);
- коэффициент постоянного актива ($K_{ПА}$) – (B_2);

Таблица 30

Анализ финансовой устойчивости районных больниц
Иркутской области в 2018 г.

№	Обозначение коэффициента (нормативное значение)								Б3
	$K_{авт.}$ ($> 0,5$)	B_1	$K_{ПА}$ (0,6–0,8)	B_2	$K_{сос}$ ($\geq 0,1$)	B_3	$P_{пр.}$ (> 0)	B_4	
1	0,83	0,25	0,77	0,25	0,53	0,25	0,65	0,25	1,00
2	0,57	0,25	0,69	0,25	0,29	0,25	–0,10	–0,25	0,50
3	0,91	0,00	0,95	–0,25	0,32	0,25	–0,43	–0,25	–0,25
4	0,90	0,00	0,55	0,25	0,80	0,00	–0,02	–0,25	0,00
5	0,56	0,25	0,76	0,25	0,24	0,25	–0,03	–0,25	0,50
6	0,91	0,00	0,34	–0,25	0,87	0,00	–0,13	–0,25	–0,50
7	0,95	0,00	0,64	0,25	0,86	0,00	–0,04	–0,25	0,00
8	1,29	–0,25	0,47	0,00	1,74	–0,25	–0,70	–0,25	–0,75
9	0,64	0,25	0,91	0,00	0,14	0,25	–0,04	–0,25	0,25
10	–0,46	–0,25	–1,01	–0,25	–1,74	–0,25	–0,07	–0,25	–1,00
11	0,79	0,25	0,58	0,25	0,61	0,25	0,05	0,00	0,75
12	0,69	0,25	0,92	0,00	0,15	0,25	0,02	0,00	0,50
13	0,77	0,25	0,98	–0,25	0,06	0,25	–0,27	–0,25	0,00
14	0,58	0,25	0,56	0,25	0,38	0,25	0,01	0,00	0,75
15	0,90	0,00	0,99	–0,25	0,12	0,25	–0,24	–0,25	–0,25
16	0,50	0,00	0,78	0,25	0,18	0,25	–0,03	–0,25	0,25
17	1,12	–0,25	0,23	–0,25	1,16	–0,25	–0,03	–0,25	–1,00
18	0,68	0,25	0,42	–0,25	0,55	0,25	0,11	0,25	0,50
19	0,54	0,25	0,92	0,00	0,09	0,25	–0,14	–0,25	0,25
20	0,74	0,25	0,50	0,00	0,59	0,25	–0,10	–0,25	0,25
21	0,66	0,25	0,91	0,00	0,16	0,25	0,05	0,00	0,50

– коэффициент обеспеченности собственными оборотными средствами ($K_{\text{соч}}$) – (B_3);

– коэффициент рентабельности продаж ($P_{\text{пр.}}$) – (B_4).

Под рентабельностью продаж понимается рентабельность основной деятельности. Она может закладываться государственным учреждением здравоохранения самостоятельно в величинах от 0 до 100 % [50]. Установим удовлетворительный уровень рентабельности в диапазоне 1–5 %. Уровень отрицательной рентабельности характеризует степень убыточности деятельности.

Анализ платежеспособности районных больниц Иркутской области в 2018 г. представлен в табл. 31.

Таблица 31

Анализ платежеспособности районных больниц
Иркутской области в 2018 г.

№	Обозначение коэффициента (нормативное значение)								Б4
	$K_{\text{тек}}$ (2–3)	B_1	$K_{\text{сроч}}$ ($\geq 0,8$)	B_2	$K_{\text{абсл}}$ ($\geq 0,2$)	B_3	$K_{\text{дс}}$ ($\geq 0,1$)	B_4	
1	4,53	0,00	2,45	0,00	1,50	0,00	0,12	0,25	0,25
2	1,42	0,00	1,12	0,25	0,41	0,25	0,17	0,25	0,75
3	1,46	0,25	1,38	0,25	0,37	0,25	0,03	–0,25	0,50
4	2,63	0,25	1,36	0,25	0,53	0,25	0,10	0,25	1,00
5	1,44	0,00	1,22	0,25	0,40	0,25	0,16	0,25	0,75
6	–1,46	–0,25	–1,07	–0,25	–0,17	–0,25	0,08	0,25	–0,50
7	1,44	0,00	1,22	0,25	0,18	0,25	0,05	0,00	0,50
8	1,91	0,25	0,97	0,25	0,79	0,25	0,16	0,25	1,00
9	4,59	0,00	3,35	0,00	3,27	–0,25	0,30	0,00	–0,25
10	0,43	–0,25	0,32	–0,25	0,15	0,25	0,19	0,25	0,00
11	6,63	0,00	4,98	0,00	4,68	–0,25	0,39	–0,25	–0,50
12	4,49	–0,25	1,87	0,25	1,87	0,00	0,15	0,25	0,25
13	1,30	0,00	1,15	0,25	0,21	0,25	0,04	–0,25	0,25
14	1,60	0,25	1,38	0,25	0,27	0,25	0,11	0,25	1,00
15	1,13	0,00	1,04	0,25	0,17	0,25	0,02	–0,25	0,25
16	1,33	0,00	1,18	0,25	0,15	0,25	0,07	0,25	0,75
17	2,03	0,25	1,70	0,25	0,58	0,25	0,21	0,25	1,00
18	53,88	–0,25	38,99	–0,25	7,48	–0,25	0,10	0,25	–0,50
19	1,24	0,00	1,10	0,25	0,09	–0,25	0,04	–0,25	–0,25
20	11,01	–0,25	10,16	–0,25	0,91	0,25	0,05	0,00	–0,25
21	1,22	0,00	0,90	0,25	0,31	0,25	0,10	0,25	0,75

Балл оценки (Б4) рассчитывается как сумма баллов B_1, B_2, B_3, B_4 (весовые значения 0,25).

Критериями для присвоения баллов являются:

- коэффициент текущей ликвидности ($K_{тек}$) – (B_1);
- коэффициент срочной ликвидности ($K_{сроч}$) – (B_2);
- коэффициент абсолютной ликвидности ($K_{абсл}$) – (B_3);
- доля денежных средств ($K_{ДС}$) – (B_4).

Анализ достаточности оборотных средств в районных больницах Иркутской области в 2018 г. представлен в табл. 32.

Таблица 32

Анализ достаточности оборотных средств в районных больницах
Иркутской области в 2018 г.

№	Обозначение коэффициента (нормативное значение)								Б5
	$K_{ОА}$ ($\geq 0,3$)	B_1	$K_{МЗ}$ ($\geq 0,1$)	B_2	ЧОК, тыс. р. (> 0)	B_3	$K_{ЧОК}$ (≤ 1)	B_4	
1	0,36	0,25	0,16	0,25	63 866	0,00	0,59	0,25	0,75
2	0,61	-0,25	0,13	0,25	6 045	0,25	0,71	0,25	0,50
3	0,13	-0,25	0,01	-0,25	19 161	0,25	0,17	0,00	-0,25
4	0,51	-0,25	0,25	0,00	93 373	0,00	0,78	0,25	0,00
5	0,57	-0,25	0,09	0,00	66 916	-0,25	0,51	0,25	-0,25
6	0,69	-0,25	0,18	0,25	79 463	-0,25	0,16	0,00	-0,25
7	0,39	0,25	0,06	0,00	36 352	0,25	0,50	0,25	0,75
8	0,39	0,25	0,20	0,25	22 133	0,25	1,04	-0,25	0,50
9	0,42	0,00	0,11	0,25	25 489	0,25	0,35	0,25	0,75
10	0,53	-0,25	0,14	0,25	-40 166	-0,25	-0,19	-0,25	-0,50
11	0,55	-0,25	0,14	0,25	32 711	0,25	0,29	0,00	0,25
12	0,37	0,25	0,22	0,25	42 317	0,25	0,75	0,25	1,00
13	0,24	0,00	0,03	-0,25	36 059	0,25	0,49	0,25	0,25
14	0,67	-0,25	0,09	0,00	35 390	0,25	0,37	0,25	0,25
15	0,11	-0,25	0,01	-0,25	4 482	0,25	0,69	0,25	0,00
16	0,61	-0,25	0,07	0,00	32 752	0,25	0,46	0,25	0,25
17	0,74	-0,25	0,12	0,25	25 529	0,25	0,32	0,25	0,50
18	0,72	-0,25	0,20	0,25	463 601	-0,25	0,28	0,00	-0,25
19	0,50	0,00	0,06	0,00	13 645	0,25	0,60	0,25	0,50
20	0,63	-0,25	0,05	0,00	159 497	-0,25	0,08	0,00	-0,50
21	0,40	0,00	0,11	0,25	32 040	0,25	1,46	-0,25	0,25

Балл оценки (Б5) рассчитывается как сумма баллов B_1, B_2, B_3, B_4 (весовые значения 0,25).

Критериями для присвоения баллов являются:

- доля оборотных активов (K_{OA}) – (B_1);
- доля материальных запасов (K_{M3}) – (B_2);
- величина чистого оборотного капитала ($ЧОК$) – (B_3);
- коэффициент покрытия материальных запасов чистым оборотным капиталом ($K_{ЧОК}$) – (B_4).

Анализ уровня задолженности районных больниц Иркутской области в 2018 г. представлен в табл. 33.

Таблица 33

Анализ уровня задолженности районных больниц
Иркутской области в 2018 г.

№	Обозначение коэффициента (нормативное значение)								Б6
	$K_{обяз}$ ($\leq 0,7$)	B_1	$K_{КЗ}$ ($\leq 0,3$)	B_2	$K_{ДЗ}$ ($\leq 0,3$)	B_3	$K_{ДЗ/КЗ}$ (≥ 1)	B_4	
1	0,10	0,25	0,08	0,25	0,08	0,25	0,96	0,00	0,75
2	0,27	0,25	0,15	0,25	0,31	0,00	1,99	0,25	0,75
3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,25	36,98	-0,25	0,00
4	0,05	-0,25	0,04	0,25	0,16	0,25	3,56	0,00	0,25
5	0,16	0,25	0,09	0,25	0,32	0,00	3,54	0,00	0,50
6	0,01	-0,25	0,01	-0,25	0,43	-0,25	51,59	-0,25	-1,00
7	0,00	-0,25	0,00	-0,25	0,29	0,25	91,26	-0,25	-0,50
8	0,16	0,25	0,21	0,25	0,04	-0,25	0,17	-0,25	0,00
9	0,14	0,25	0,09	0,25	0,01	0,25	0,08	-0,25	0,50
10	-2,27	-0,25	1,05	-0,25	0,21	0,25	0,20	-0,25	-0,50
11	0,11	0,25	0,08	0,25	0,02	0,25	0,30	-0,25	0,50
12	0,12	0,25	0,08	0,25	0,00	-0,25	0,00	-0,25	0,00
13	0,02	0,25	0,01	0,00	0,18	0,25	12,65	-0,25	0,25
14	0,03	0,00	0,02	0,25	0,47	-0,25	25,49	-0,25	-0,25
15	0,01	0,00	0,01	0,00	0,08	0,25	6,68	-0,25	0,00
16	0,02	0,25	0,01	0,00	0,48	-0,25	48,45	-0,25	-0,25
17	0,00	0,00	0,00	-0,25	0,41	-0,25	518,67	-0,25	-0,75
18	0,02	-0,25	0,01	-0,25	0,42	-0,25	31,51	-0,25	-1,00
19	0,02	0,25	0,01	0,00	0,40	-0,25	48,52	-0,25	-0,25
20	0,08	0,25	0,06	0,25	0,53	-0,25	9,25	-0,25	0,00
21	0,23	0,25	0,15	0,25	0,19	0,25	1,27	0,25	1,00

Балл оценки (Б6) рассчитывается как сумма баллов B_1 , B_2 , B_3 , B_4 (весовые значения 0,25).

Критериями для присвоения баллов являются:

- коэффициент, показывающий соотношение обязательств и собственных средств ($K_{\text{обяз}}$) – (B_1);
- доля кредиторской задолженности ($K_{\text{кз}}$) – (B_2);
- доля дебиторской задолженности ($K_{\text{дз}}$) – (B_3);
- коэффициент соотношения дебиторской и кредиторской задолженности ($K_{\text{дз/кз}}$) – (B_4).

Анализ имущественного положения районных больниц Иркутской области в 2018 г. представлен в табл. 34.

Таблица 34

Анализ имущественного положения районных больниц
Иркутской области в 2018 г.

№	Обозначение коэффициента (нормативное значение)								Б7
	$K_{\text{имущ}}$ ($\geq 0,5$)	B_1	$K_{\text{АП}}^*$ (≥ 1)	B_2	$K_{\text{изНИ}}^*$ ($\leq 0,4$)	B_3	$K_{\text{годНИ}}^*$ ($\geq 0,7$)	B_4	
1	1,38	–0,25	0,89	0,00	0,36	0,25	0,64	0,00	0,00
2	1,27	–0,25	0,69	0,00	0,39	0,25	0,61	0,00	0,00
3	1,01	–0,25	0,38	–0,25	0,08	0,25	0,92	0,25	0,00
4	1,03	–0,25	0,25	–0,25	0,33	0,25	0,67	0,00	–0,25
5	0,27	–0,25	0,48	0,00	0,75	–0,25	0,25	–0,25	–0,75
6	0,60	0,25	Н/д	–0,25	3,28	–0,25	Н/д	–0,25	–0,50
7	0,40	0,00	0,22	–0,25	0,83	–0,25	0,79	0,25	–0,25
8	0,60	0,25	52,82	–0,25	1,01	–0,25	Н/д	–0,25	–0,50
9	0,39	–0,25	0,84	0,00	0,66	–0,25	0,34	–0,25	–0,75
10	0,45	0,25	1,23	0,25	0,51	–0,25	0,49	–0,25	0,00
11	0,48	0,25	2,00	0,25	0,75	–0,25	0,25	–0,25	0,00
12	0,73	0,25	2,76	0,25	0,89	–0,25	0,11	–0,25	0,00
13	0,75	0,25	0,10	–0,25	0,23	0,25	0,77	0,25	0,50
14	0,65	0,25	0,25	–0,25	0,35	0,25	0,65	0,00	0,25
15	0,94	–0,25	0,67	0,00	0,40	0,25	0,60	0,00	0,00
16	0,27	–0,25	1,14	0,25	0,80	–0,25	0,20	–0,25	–0,50
17	0,22	–0,25	2,16	0,25	1,63	–0,25	0,36	–0,25	–0,50
18	0,53	0,25	1,60	0,25	0,83	–0,25	0,17	–0,25	0,00
19	0,49	0,25	0,49	0,00	0,51	–0,25	0,49	–0,25	–0,25
20	0,31	–0,25	2,02	0,25	0,80	–0,25	0,20	–0,25	–0,50
21	0,49	0,25	0,45	0,00	0,52	–0,25	0,48	–0,25	–0,25

* Для учреждений № 4, 5, 9, 11–13, 16, 18–21 обозначенные коэффициенты рассчитаны по данным за 2017 г.

Балл оценки (Б7) рассчитывается как сумма баллов B_1 , B_2 , B_3 , B_4 (весовые значения 0,25).

Критериями для присвоения баллов являются:

- коэффициент реальной стоимости основных средств ($K_{\text{имуш}}$) – (B_1);
- коэффициент соотношения активной и пассивной части основных средств ($K_{\text{АП}}$) – (B_2);
- коэффициент износа недвижимого имущества ($K_{\text{изни}}$) – (B_3);
- коэффициент годности недвижимого имущества ($K_{\text{годни}}$) – (B_4).

Коэффициенты $K_{\text{АП}}$, $K_{\text{изни}}$, $K_{\text{годни}}$ рассчитаны по данным за 2017 г. для учреждений, использующих новую форму баланса, и учреждений, не заполнивших соответствующие строки.

Анализ уровня заработной платы в районных больницах Иркутской области представлен в табл. 35.

Таблица 35

Анализ уровня заработной платы в районных больницах
Иркутской области

№	Темп прироста в 2012–2018 гг.		Средняя зарплата, р., отклонение от норматива, %						Изменение за 2018 г.		Б8
	$K_{\text{ЗП}}$, %	B_1	а	От-клонение	B_2	б	От-клонение	B_3	Штат, %	B_4	
1	27,4	–0,1	25 298	–39,7	–0,5	20 740	–50,5	–0,3	4,26	0,1	–0,8
2	28,9	–0,1	33 488	–20,1	–0,5	27 899	–33,4	–0,3	–6,12	–0,1	–1,0
3	–19,2	0,1	22 382	–46,6	–0,5	21 585	–48,5	–0,3	0,41	0,0	–0,7
4	41,3	–0,1	35 384	–15,6	–0,5	27 954	–33,3	–0,3	–11,58	–0,1	–1,0
5	40,4	–0,1	41 379	–1,3	0,0	33 348	–20,4	–0,3	–8,87	–0,1	–0,5
6	50,3	–0,1	36 093	–13,9	–0,5	27 170	–35,2	–0,3	–3,57	–0,1	–1,0
7	–8,8	0,0	25 732	–38,6	–0,5	24 717	–41,0	–0,3	0,00	0,0	–0,8
8	11,9	–0,1	38 194	–8,9	–0,5	25 444	–39,3	–0,3	1,98	0,1	–0,8
9	31,7	–0,1	40 892	–2,5	0,0	30 100	–28,2	–0,3	–8,07	–0,1	–0,5
10	21,7	–0,1	45 707	9,0	0,0	28 998	–30,8	–0,3	–6,90	–0,1	–0,5
11	2,5	0,0	32 051	–23,5	–0,5	21 021	–49,9	–0,3	–5,70	–0,1	–0,9
12	9,2	0,0	43 788	4,5	0,0	30 924	–26,2	–0,3	–5,32	–0,1	–0,4
13	Н/д	–0,1	32 421	–22,7	–0,5	15 909	–62,0	–0,3	–7,77	–0,1	–1,0
14	10,0	–0,1	29 538	–29,5	–0,5	22 729	–45,8	–0,3	–5,54	–0,1	–1,0
15	6,1	0,0	29 336	–30,0	–0,5	25 843	–38,3	–0,3	–4,33	–0,1	–0,9
16	7,2	0,0	42 271	0,8	0,0	29 357	–30,0	–0,3	–8,68	–0,1	–0,4
17	632,7	–0,1	47 575	13,5	0,0	32 608	–22,2	–0,3	–6,93	–0,1	–0,5
18	19,0	–0,1	31 147	–25,7	–0,5	22 874	–45,4	–0,3	–6,52	–0,1	–1,0

№	Темп прироста в 2012–2018 гг.		Средняя зарплата, р., отклонение от норматива, %						Изменение за 2018 г.		Б8
	$K_{3/E}$, %	Б ₁	а	От-клонение	Б ₂	б	От-клонение	Б ₃	Штат, %	Б ₄	
19	42,9	–0,1	32 798	–21,8	–0,5	21 929	–47,7	–0,3	–9,56	–0,1	–1,0
20	20,6	–0,1	32 687	–22,0	–0,5	26 571	–36,6	–0,3	–8,31	–0,1	–1,0
21	13,7	–0,1	27 011	–35,6	–0,5	24 175	–42,3	–0,3	0,00	0,0	–0,9
Ср.	49,5	–	–	–	–	–	–	–	–5,10	–	–

Балл оценки (Б8) рассчитывается как сумма баллов Б₁, Б₂, Б₃ (весовые значения 0,1; 0,5; 0,3; 0,1 соответственно).

Критериями для присвоения баллов являются:

1. Динамика коэффициента зарплатоемкости ($K_{3/E}$) за период с 2012 по 2018 г. (Б₁):

- хорошее значение – снижение на 10 % и более;
- неудовлетворительное значение – увеличение 10 % и более.

2. Достижение или недостижение в 2018 г. уровня средней заработной платы, соответствующего требованиям законодательства:

- а – значение средней заработной платы, указанное в нефинансовой отчетности (информация о результатах деятельности) – (Б₂);
- б – значение средней заработной платы, рассчитанное по финансовой отчетности (отчет о финансовых результатах деятельности) – (Б₃).

Неудовлетворительное значение – недостижение норматива на 5 % и более. Хорошее значение – превышение норматива на 20 % и более.

3. Изменение штатной численности в течение 2018 г.: положительная (+1 %) или отрицательная (–1 %) динамика.

Согласно «майским» указам Президента РФ, к 2018 г. заработная плата врачей должна быть повышена до 200 % от средней заработной платы в регионе, а зарплата среднего и младшего медицинского персонала – до 100 %¹.

Штат учреждения здравоохранения включает:

- медицинский персонал (врачи, в том числе главный врач и заместители, средний и младший медперсонал);

¹ О мероприятиях по реализации государственной социальной политики : указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 // СПС «КонсультантПлюс».

– немедицинский персонал (административный и технический персонал).

Поскольку структура штата анализируемых учреждений неизвестна, то установим нормативное значение средней заработной платы на минимальном уровне: 100 % от средней заработной платы в регионе.

Начисленная среднемесячная заработная плата в Иркутской области в 2018 г. составляет 41 919 р.¹ Это нижняя граница целевого диапазона, т.е. нормативное значение.

На заключительном этапе оценки рассмотрим дополнительный показатель, характеризующий качество финансовой отчетности в 2018 г.

Балл оценки (B_9) рассчитывается как сумма баллов B_1 , B_2 (весовые значения 0,5).

Критериями для присвоения баллов являются:

- использование действующей или устаревшей формы баланса (B_1);
- соблюдение или несоблюдение правила равновесия бухгалтерского баланса: $A = П$ (B_2).

При составлении и представлении бухгалтерской отчетности бюджетные учреждения руководствуются соответствующим Приказом Минфина России, с изменениями и дополнениями². Отчетность за 2018 г. следует формировать с учетом изменений от 30 ноября 2018 г.

Рассчитаем итоговый балл оценки (B_{10}) как среднее арифметическое девяти баллов оценки (табл. 36).

Таблица 36

Оценка финансового состояния районных больниц
Иркутской области (итоговая таблица)

№	Баллы									B9		B10 (сред- ний балл)
	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B ₁	B ₂	
1	1,0	0,70	1,00	0,25	0,75	0,75	0,00	−0,8	0	−0,5	0,5	0,4
2	−1,0	0,25	0,50	0,75	0,50	0,75	0,00	−1,0	0	−0,5	0,5	0,1
3	−1,0	0,55	−0,25	0,50	−0,25	0,00	0,00	−0,7	0	−0,5	0,5	−0,1

¹ Заработная плата // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области. Иркутск. 2019. URL: irkutskstat.gks.ru/folder/46028.

² Об утверждении Инструкции о порядке составления, представления годовой, квартальной бухгалтерской отчетности государственных (муниципальных) бюджетных и автономных учреждений : приказ Министерства финансов РФ от 25 марта 2011 г. № 33н : (ред. от 16 окт. 2019 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

№	Баллы									Б9		Б10 (сред- ний балл)
	Б1	Б2	Б3	Б4	Б5	Б6	Б7	Б8	Б9	Б ₁	Б ₂	
4	-0,2	0,55	0,00	1,00	0,00	0,25	-0,25	-1,0	-1	-0,5	-0,5	-0,1
5	-0,2	0,80	0,50	0,75	-0,25	0,50	-0,75	-0,5	1	0,5	0,5	0,2
6	-1,0	-0,30	-0,50	-0,50	-0,25	-1,00	-0,50	-1,0	-1	-0,5	-0,5	-0,7
7	0,2	0,70	0,00	0,50	0,75	-0,50	-0,25	-0,8	-1	-0,5	-0,5	0,0
8	-1,0	0,70	-0,75	1,00	0,50	0,00	-0,50	-0,8	-1	-0,5	-0,5	-0,2
9	-0,2	-0,15	0,25	-0,25	0,75	0,50	-0,75	-0,5	1	0,5	0,5	0,1
10	-0,6	-0,30	-1,00	0,00	-0,50	-0,50	0,00	-0,5	-1	-0,5	-0,5	-0,5
11	0,8	0,25	0,75	-0,50	0,25	0,50	0,00	-0,9	1	0,5	0,5	0,2
12	0,8	1,00	0,50	0,25	1,00	0,00	0,00	-0,4	-1	-0,5	-0,5	0,2
13	-0,6	0,40	0,00	0,25	0,25	0,25	0,50	-1,0	1	0,5	0,5	0,1
14	0,8	0,85	0,75	1,00	0,25	-0,25	0,25	-1,0	0	-0,5	0,5	0,3
15	-1,0	-0,45	-0,25	0,25	0,00	0,00	0,00	-0,9	0	-0,5	0,5	-0,3
16	0,0	-0,30	0,25	0,75	0,25	-0,25	-0,50	-0,4	1	0,5	0,5	0,1
17	-0,2	0,35	-1,00	1,00	0,50	-0,75	-0,50	-0,5	-1	-0,5	-0,5	-0,2
18	0,8	1,00	0,50	-0,50	-0,25	-1,00	0,00	-1,0	-1	-0,5	-0,5	-0,2
19	-1,0	0,85	0,25	-0,25	0,50	-0,25	-0,25	-1,0	1	0,5	0,5	0,0
20	-1,0	0,00	0,25	-0,25	-0,50	0,00	-0,50	-1,0	1	0,5	0,5	-0,2
21	0,6	0,35	0,50	0,75	0,25	1,00	-0,25	-0,9	-1	-0,5	-0,5	0,1

В табл. 36 представлены итоги оценки финансового состояния районных больниц Иркутской области в 2018 г. (Б10).

Итоговый балл (Б10) характеризует финансовое состояние учреждения здравоохранения как неудовлетворительное ($B10 < 0$); удовлетворительное ($0 \leq B10 < 0,5$); хорошее ($B10 \geq 0,5$).

В целях выявления достигнутых результатов, существующих проблем (и поиска путей их решения) в финансировании учреждений здравоохранения рассмотрим результаты проведенного анализа.

Изменение объема финансового обеспечения бюджетных учреждений (БУ) здравоохранения за период с 2012 по 2018 г. представлено в табл. 37.

За исследуемый период объем финансового обеспечения анализируемых учреждений здравоохранения вырос в среднем на 86,4 % (см. табл. 37). В 12 БУ (57 %) доходы увеличились более чем на 60 %.

Таблица 37

**Изменение объема финансового обеспечения
районных больниц Иркутской области**

Показатель (ед. изм.), количество БУ	Темп прироста за период с 2012 по 2018 г., %								
	Ср.	1–19	20–39	40–59	60–79	80–99	100–119	120–139	≥ 140
Доходы (тыс. р.)	86,4	3	–	5	4	3	2	–	3
Расходы (тыс. р.)	135,5	–	1	5	3	3	3	3	3
– ФОТ (тыс. р.)	149,5	–	–	1	6	8	1	–	5
Показатель (ед. изм.), количество БУ	Удельный вес, %								
	Год	ср.	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90–99
– внебюджетные доходы (%)	2012	58,1	1	3	9	3	2	2	–
	2018	84,2	–	1	–	–	3	9	7
– ФОТ (%)	2012	67,2	1	–	2	10	5	3	–
	2018	69,2	–	1	2	7	10	1	–
Показатель, количество БУ	Коэффициент соотношения доходов и расходов ($K_{др}$)								
	Год	< 0,6	0,6–0,69	0,7–0,79	0,8–0,89	0,9–0,99	1–1,09	≥ 1,1	
Достаточный уровень ФО (≥ 1)	2012	1	–	–	1	1	10	7	
	2018	–	2	1	3	9	4	2	

Однако расходы учреждений здравоохранения выросли на порядков больше, чем доходы – в среднем на 135,5 %. В 15 БУ (71 %) расходы увеличились более чем на 60 %.

Расходы на оплату труда выросли чрезвычайно – в среднем на 149,5 %. Почти во всех анализируемых учреждениях расходы на ФОТ увеличились более чем на 60 % – 20 БУ (95 %).

В структуре доходов анализируемых учреждений произошло значительное увеличение доли внебюджетных доходов – в среднем

от 58,1 до 84,2 %. Так, в 9 БУ (43 %) в 2012 г. доля внебюджетных доходов в общей структуре доходов составила 50–59 %; также в 9 БУ (43 %) в 2018 г. она была равна 80–89 %.

В структуре расходов основную долю составляют расходы на оплату труда с начислениями. За рассматриваемый период доля расходов на ФОТ увеличилась в среднем от 67,2 до 69,2 %

В большей части учреждений доля расходов на ФОТ в общей структуре расходов составила: 60–69 % в 2012 г. в 10 БУ (48 %); 70–79 % в 2018 г. в 10 БУ (48 %).

Превышение отметки 70 % характеризует чрезмерный уровень расходов на выплаты персоналу.

Расходы на ФОТ превышали 70 % в 8 БУ (38 %) в 2012 г.; в 11 БУ (52 %) в 2018 г.

Коэффициент соотношения доходов и расходов ($K_{др}$) характеризует степень превышения доходов над расходами. Нормальное его значение (больше единицы) имели 17 БУ (81 %) в 2012 г.; 6 БУ (29 %) в 2018 г.

Далее представлена оценка развития деятельности учреждений здравоохранения за период с 2012 по 2018 г.

За рассматриваемый период балансовая стоимость недвижимого имущества увеличилась в среднем на 98 % (табл. 38).

При этом в анализируемых учреждениях балансовую стоимость объектов недвижимости можно охарактеризовать следующим образом: в 4 БУ (19 %) она уменьшилась на 1–9 %; в 7 БУ (33 %) – увеличилась на 1–29 %; в 5 БУ (24 %) – увеличилась более чем на 90 %.

Также с 2012 по 2018 г. общая площадь объектов недвижимого имущества увеличилась в среднем на 14,3 %.

В отношении площади недвижимого имущества рассматриваемых учреждений сложилась следующая ситуация: не изменилась или уменьшилась на 1–9 % в 5 БУ (24 %); увеличилась на 10–19 % в 4 БУ (19 %); увеличилась более чем на 50 % в 4 БУ (19 %).

Таким образом, реально расширили свои площади (за счет приобретения или строительства новых зданий) не более 20 % анализируемых учреждений. Еще 20 % учреждений характеризуются умеренным расширением площадей (на 10–20 %).

В общем балансовая стоимость движимого имущества за указанный период увеличилась в среднем на 106,1 %.

При этом в 7 БУ (33 %) стоимость движимого имущества увеличилась на 30–59 %.

Таблица 38

Оценка развития деятельности районных больниц
Иркутской области

Показатель (ед. изм.), количество БУ	Темп прироста за период с 2012 по 2018 гг., %								
	ср.	–20–10	–9–0	1–29	30–59	60–89	90–119	120–149	≥ 150
Недвижимость (тыс. р.)	98,0	1	4	7	2	–	2	1	2
Движимое имущество (тыс. р.)	106,1	–	–	2	7	3	2	3	4

Окончание табл. 38

Показатель (ед. изм.), количество БУ	Темп прироста за период с 2012 по 2018 гг., %									
	ср.	<–20	–20–10	–9–0	1–9	10–19	20–29	30–39	40–49	≥ 50
Площадь (м²)	14,3	1	2	5	1	4	2	1	1	4
Штат (ед.)	6,8	–	4	4	7	2	2	1	–	1
Фондоотдача ДИ (Ф _{акт})	–	7	1	–	1	1	–	1	3	7

Коэффициент фондоотдачи активной части основных средств (движимого имущества) (Факт) показывает, насколько эффективно используется движимое имущество организации.

За исследуемый период фондоотдача движимого имущества в исследуемых учреждениях менялась как в сторону увеличения, так и снижения: выросла более чем на 50 % в 7 БУ (33 %); снизилась на 20 % и более в 7 БУ (33 %).

С 2012 по 2018 г. штатная численность персонала больниц увеличилась в среднем на 6,8 %.

В рассматриваемых учреждениях штатная численность увеличилась на 1–9 % в 7 БУ (33 %), на 10 % и выше в 6 БУ (29 %). Уменьшение штатной численности произошло в 38 % анализируемых учреждений – 8 БУ, что является отрицательным показателем, особенно для сельской местности.

Рассмотрим результаты оценки актуального финансового состояния учреждений здравоохранения в разрезе 5 групп показателей.

Оценка финансовой устойчивости, платежеспособности и достаточности оборотных средств учреждений здравоохранения в 2018 г. представлена в табл. 39.

Таблица 39

Оценка финансовых показателей районных больниц
Иркутской области в 2018 г.

Показатель	Количество организаций и их оценка		
	Неудовлетворительно ($\leq -0,5$)	Удовлетворительно ($-0,25 \leq B \leq 0,25$)	Хорошо ($\geq 0,5$)
<i>Финансовая устойчивость</i>			
Общая оценка, в том числе коэффициенты:	4	9	8
автономии ($K_{авт}$)	3	6	12
постоянного актива ($K_{ПА}$)	7	6	8
обеспеченности собственными оборотными средствами ($K_{СОС}$)	3	3	15
рентабельности продаж ($P_{пр}$)	15	4	2
<i>Платежеспособность</i>			
Общая оценка, в том числе коэффициенты:	3	8	10
текущей ликвидности ($K_{тек}$)	5	11	5
срочной ликвидности ($K_{сроч}$)	4	3	14
абсолютной ликвидности ($K_{абсл}$)	5	2	14
доля денежных средств ($K_{ДС}$)	5	3	13
<i>Достаточность оборотных средств</i>			
Общая оценка, в том числе коэффициенты:	2	11	8
доля оборотных активов ($K_{ОА}$)	13	4	4
доля материальных запасов ($K_{МЗ}$)	3	7	11
величина чистого оборотного капитала ($ЧОК$)	5	2	14
покрытия запасов чистым оборотным капиталом ($K_{ЧОК}$)	3	5	13

Следует отметить, что положительные оценки показателей финансовой устойчивости государственных учреждений основаны на

обеспеченности собственным капиталом, который сформирован за счет средств учредителя.

В целом финансовая устойчивость анализируемых учреждений оценивается как удовлетворительная – 9 БУ (43 %), хорошая – 8 БУ (38 %).

Необходимо отметить неудовлетворительное значение коэффициента рентабельности продаж в большинстве учреждений – 15 БУ (71 %).

Платежеспособность анализируемых учреждений оценивается как хорошая – 10 БУ (48 %), удовлетворительная – 8 БУ (38 %).

Более 60 % анализируемых учреждений располагают достаточным количеством денежных средств.

Уровень оборотных средств в анализируемых учреждениях в целом оценивается как удовлетворительный – 11 БУ (52 %), хороший – 8 БУ (38 %).

Доля материальных запасов во многих учреждениях находится в норме – 11 БУ (52 %). Величина чистого оборотного капитала достаточна для покрытия запасов в 13 БУ (62 %).

Следует обратить внимание на неудовлетворительную оценку доли оборотных активов в целом. Причиной этого является неоптимальная структура активов с преобладанием доли оборотных средств – 11 БУ (52 %) (см. табл. 39).

Оценка уровня задолженности и имущественного положения учреждений здравоохранения в 2018 г. представлены в табл. 40.

Таблица 40

Оценка уровня задолженности и имущественного положения
районных больниц Иркутской области в 2018 г.

Показатель	Количество организаций и их оценка		
	Неудовлетворительно ($\leq -0,5$)	Удовлетворительно ($-0,25 \leq Б \leq 0,25$)	Хорошо ($\geq 0,5$)
<i>Уровень задолженности</i>			
Общая оценка, в том числе коэффициенты:	5	10	6
соотношения обязательств и собственных средств ($K_{обс}$)	5	4	12
кредиторской задолженности ($K_{кз}$)	5	5	11
дебиторской задолженности ($K_{дз}$)	9	2	10

Показатель	Количество организаций и их оценка		
	Неудовлетвори- тельно ($\leq -0,5$)	Удовлетвори- тельно ($-0,25 \leq B \leq 0,25$)	Хоро- шо ($\geq 0,5$)
соотношения дебиторской и кредиторской задолженности ($K_{ДЗ/КЗ}$)	16	3	2
<i>Имущественное положение</i>			
Общая оценка, в том числе коэффициенты:	7	13	1
реальной стоимости основных средств ($K_{имущ}$)	10	1	10
соотношения активной и пассивной части основных средств ($K_{А/П}$)	7	7	7
износа недвижимого имущества ($K_{изНИ}$)	14	—	7
годности недвижимого имущества ($K_{годНИ}$)	13	5	3

Уровень задолженности (см. табл. 40) в анализируемых учреждениях в целом оценивается как удовлетворительный – 10 БУ (48 %). При этом уровень кредиторской задолженности по большей части низкий – 11 БУ (52 %) или средний – 5 БУ (24 %), что является хорошим показателем.

Однако следует обратить внимание на высокий уровень дебиторской задолженности в некоторых анализируемых учреждениях – 10 БУ (48 %).

Для большинства учреждений характерны диспропорции в структуре задолженности – 16 БУ (76 %).

Имущественное положение анализируемых учреждений оценивается как удовлетворительное – 13 БУ (62 %), неудовлетворительное – 7 БУ (33 %).

Для большинства анализируемых учреждений характерна проблема высокой степени износа недвижимого имущества, по причине давности постройки – 14 БУ (67 %).

Во взаимосвязи с этим находится и неудовлетворительная оценка реальной стоимости имущества – 10 БУ (48 %).

Не более 15 % анализируемых учреждений (3 БУ) имеют хорошее значение коэффициента годности недвижимого имущества.

В целом состояние недвижимого имущества учреждений здравоохранения вызывают серьезную озабоченность.

Далее оценим уровень заработной платы в районных учреждениях здравоохранения Иркутской области (табл. 41).

Таблица 41

Оценка уровня заработной платы в районных больницах
Иркутской области

Показатель (ед. изм.), количество БУ	Заработная плата на 1 р. выручки за оказанные услуги, коп.									
	1–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90–99	≥ 100
К _{з/е} , 2012 г.	1	–	–	–	4	7	6	1	1	–
К _{з/е} , 2018 г.	–	–	–	–	–	–	10	10	1	–
Показатель (ед. изм.), количество БУ	Темп прироста, %									
	≤ –30	–29–20	–19–10	–9–0	1–9	10–19	20–29	30–39	40–49	≥ 50
Зарплатоёмкость (К _{з/е}): 2012–2018 гг.	–	–	1	1	4	4	4	1	3	2
Штат (ед.): 2018 нг–2018 кг	–	–	2	17	2	–	–	–	–	–
Показатель (ед. изм.), количество БУ	Отклонение от норматива, %									
	≤ –60	–59–50	–49–40	–39–30	–29–20	–19–10	–9–1	0	1–9	≥ 10
Средняя заработная плата указанная, р.	–	–	2	4	6	2	3	–	3	1
Средняя заработная плата расчетная, р.	1	2	6	8	4	–	–	–	–	–

Коэффициент зарплатоёмкости ($K_{з/е}$) показывает, насколько затратна основная деятельность с точки зрения оплаты труда персонала.

За период с 2012 по 2018 г. зарплатоёмкость выросла в среднем на 49,5 %

В анализируемых учреждениях зарплатоёмкость увеличилась на 1–9 % в 4 БУ (19 %), на 10–19 % в 4 БУ (19 %) и на 20–29 % также в 4 БУ (19 %).

В 2012 г. в некоторых учреждениях на 1 р. оказанных услуг приходилось 60–69 коп. заработной платы – 7 БУ (33 %), 70–79 коп. – 6 БУ (29 %); в 2018 г. – 70–79 коп. – 10 БУ (48 %), 80–89 коп. – 10 БУ (48 %).

Очевидно, что за рассматриваемый период произошло смещение показателя зарплатоемкости в сторону увеличения.

В 2018 г. на 1 р. оказанных услуг приходилось более 80 коп. заработной платы в большинстве анализируемых учреждений – 52 %, что характеризует чрезмерно высокий уровень зарплатоемкости.

Рассмотрим степень соответствия среднемесячной заработной платы в анализируемых учреждениях установленному нормативу – 41 919 р. (100 % от средней заработной платы в Иркутской области в 2018 г.).

Размер средней заработной платы в 2018 г., указанный в нефинансовой отчетности, соответствует нормативу (превышает его) только в 4 БУ (19 %).

В части учреждений средняя заработная плата ниже норматива на 20–29 % в 6 БУ (29 %), на 30–39 % в 4 БУ (19 %).

Размер средней заработной платы в 2018 г., рассчитанный по финансовой отчетности, на порядок ниже и не соответствует нормативу ни в одном учреждении.

В рассмотренных учреждениях рассчитанная средняя заработная плата ниже норматива на 30–39 % в 8 БУ (38 %), на 40–49 % в 6 БУ (29 %).

Эти данные позволяют оценить уровень заработной платы в анализируемых учреждениях как низкий. Только в одном учреждении средняя заработная плата превышает норматив более чем на 10 %, в двух учреждениях средняя заработная плата ниже норматива более чем на 40 %.

Это характеризует размер заработной платы, указанный в нефинансовой отчетности.

Размер заработной платы, рассчитанный по финансовой отчетности, как было отмечено, значительно ниже, что может свидетельствовать о завышении учреждениями здравоохранения официального размера средней заработной платы.

Напомним, что норматив установлен на минимальном уровне, соответствующем целевому значению по заработной плате для среднего и младшего медперсонала.

Дополнительным тревожным фактом является уменьшение штатной численности анализируемых учреждений в течение 2018 г. Это может означать процесс постепенного, но планомерного сокращения штата, поскольку уменьшение штатной численности происходит небольшое (не более 9 %), но в подавляющем большинстве учреждений – 19 БУ (91 %).

Сокращение штата – одна из очевидных мер по сдерживанию роста расходов на заработную плату, но она недопустима в учреждениях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сельской местности.

Итоговая оценка финансового состояния учреждений здравоохранения в 2018 г. представлена в табл. 42.

Таблица 42

Оценка финансового состояния районных больниц
Иркутской области в 2018 г.

Показатель	Количество организаций и их оценка		
	Неудовлетворительно (< 0)	Удовлетворительно ($0 \leq B10 < 0,5$)	Хорошо ($\geq 0,5$)
Финансовое состояние	9	12	—

В результате оценки финансового состояния районных больниц Иркутской области в 2018 г. можно сказать, что 12 БУ (57 %) имеют удовлетворительное финансовое состояние, 9 БУ (43 %) – неудовлетворительное.

Основные выводы по проведенному анализу:

1. За период с 2012 по 2018 г. произошло значительное увеличение доходов (в среднем на 86,4 %), но расходы анализируемых учреждений прирастали опережающими темпами (в среднем на 135,5 %).

2. За рассматриваемый период в структуре доходов произошло значительное увеличение доли внебюджетных доходов: в среднем от 58,1 до 84,2 %.

Внебюджетные доходы включают средства ОМС (основной источник финансирования), доходы от платных услуг, от собственности (дополнительные источники), иные доходы.

3. В структуре расходов основную долю составляют расходы на оплату труда с начислениями (ФОТ). За рассматриваемый период расходы на ФОТ выросли чрезвычайно: в среднем на 149,5 %. В 2018 г. в большинстве учреждений расходы на ФОТ превышали 70 % от всех расходов.

4. В 2018 г. для абсолютного большинства анализируемых учреждений (71 %) характерна проблема превышения расходов над доходами. В 2012 г. этот показатель составлял 14 %.

5. Результаты по развитию деятельности учреждений здравоохранения за период с 2012 по 2018 г. можно охарактеризовать как средние:

- около 1/3 учреждений (33 %) увеличили стоимость недвижимости на 30 % и более;

- около 1/3 учреждений (29 %) увеличили площади на 30 % и более;

- только 10 % учреждений увеличили штат на 30 % и более.

6. За анализируемый период достигнуты положительные результаты по технической оснащенности больниц:

- около 1/3 учреждений (33 %) увеличили стоимость движимого имущества на 30 % и более, порядка 1/2 учреждений (57 %) – на 60% и более.

7. Результаты анализа и оценки финансовых коэффициентов по отчетности учреждений здравоохранения за 2018 г.:

- финансовая устойчивость – удовлетворительная;

- платежеспособность – хорошая;

- уровень оборотных средств – удовлетворительный;

- уровень задолженности – удовлетворительный;

- имущественное положение – удовлетворительное.

Наиболее общие проблемы: отрицательная рентабельность (убыточность) основной деятельности и высокая степень износа объектов недвижимости.

Для ряда учреждений характерен высокий уровень дебиторской задолженности. Возможно, это связано с тем, что большая часть контрагентов данных учреждений – это сельские предприятия и организации.

8. Итоговые результаты экспресс-оценки финансового состояния учреждений здравоохранения:

- удовлетворительное – 57 %;

- неудовлетворительное – 43 %.

Ситуация в целом в большинстве учреждений не критическая, но при этом ни одно учреждение нельзя охарактеризовать как успешное.

9. Расходы на заработную плату в учреждениях здравоохранения находятся на чрезмерно высоком уровне.

В 2018 г. во многих анализируемых учреждениях (52 %) на 1 р. оказанных услуг приходилось более 80 коп. заработной платы (высокая зарплатоемкость).

Однако, несмотря на явный рост расходов на ФОТ, в 2018 г. нормативный уровень средней заработной платы в большинстве рассмотренных учреждений не достигнут (81 %).

Нормативный уровень, установленный в данном исследовании: 100 % от средней заработной платы в регионе.

Согласно «майским» указам Президента РФ¹, заработную плату врачей должны были повысить до 200 % от средней заработной платы в регионе, а заработную плату среднего и младшего медицинского персонала – до 100 %, т.е. нормативный уровень соответствует нижней границе целевого диапазона.

10. На основании изложенного можно сформулировать главную финансовую проблему учреждений здравоохранения в настоящее время: доходы учреждений здравоохранения не достаточны для покрытия всех расходов и обеспечения целевого уровня заработной платы.

Для решения этой проблемы можно предложить следующие меры.

1. Прямое финансирование расходов на ФОТ за счет средств ОМС.

На сегодняшний день средства ОМС распределяются между учреждениями здравоохранения в рамках территориальной программы ОМС.

Объем средств, выделяемый каждому учреждению в рамках ТПОМС, рассчитывается исходя из количества (объемов) медицинских услуг и тарифов на их оказание.

К настоящему времени осуществлен переход на полный тариф по ОМС, который должен покрывать практически все расходы учреждения. Если тарифы меньше реальных затрат, то учреждения здравоохранения сталкиваются с дефицитом средств.

Однако, чтобы увеличить тарифы, надо уменьшить объемы медицинских услуг, поскольку общий объем финансовых средств в рамках ТПОМС ограничен (размером субвенции из ФФОМС).

При этом количество медицинских услуг должно определяться на основании потребностей населения территории в медицинской помощи, независимо от уровня тарифов на ОМС.

В настоящее время для финансирования деятельности учреждения здравоохранения необходимо рассчитать:

– тарифы на оказание медицинских услуг на основании их себестоимости, которые будут едиными для всех участников ТПОМС;

– объемы медицинских услуг для каждого учреждения, за оказание которых гарантируется оплата.

Рассчитать нужно для каждого учреждения здравоохранения таким образом, чтобы получившийся объем средств был достаточен для покрытия большей части годовых расходов учреждения.

¹ О мероприятиях по реализации государственной социальной политики : указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597.

Проблема заключается как в самом расчете, так и в достижении некоего «оптимума» между большим количеством участников ТПОМС в условиях ограниченного объема средств.

Расчет на основании подушевого финансирования также не является целесообразным, если речь идет о финансировании здравоохранения малонаселенных территорий.

Поскольку «львиную» долю (70 % и более) всех расходов учреждений здравоохранения составляют расходы на оплату труда (ФОТ), то целесообразно финансировать за счет средств ОМС непосредственно эти расходы.

Внебюджетные доходы составляют в среднем 80 % и более от всех доходов учреждений здравоохранения. Основная их часть – средства ОМС.

ФОТ включает в себя все расходы на выплату персоналу:

- обязательные выплаты (заработная плата, т.е. оклад, надбавки, НДФЛ, а также компенсации, отпускные, больничные и др.);
- дополнительные выплаты (премии, поощрения, материальная помощь);
- страховые взносы во внебюджетные фонды (30,02 % от начислений).

В количественном выражении такие показатели, как «поступающие в учреждение средства ОМС» и «расходы учреждения на ФОТ», являются сопоставимыми. Поэтому предлагается рассчитывать объем финансирования для каждого учреждения в рамках ТПОМС не как сумму произведений объемов медицинских услуг и тарифов, а как объем расходов на ФОТ, исходя из штатной численности учреждения.

Таким образом, за счет средств ОМС будут не сформированы доходы, а профинансированы расходы учреждений здравоохранения на целевой основе, что снижает риски неэффективного или нецелевого использования средств.

В настоящее время доходы от приносящей доход деятельности (в том числе средства ОМС) поступают в самостоятельное распоряжение учреждений здравоохранения. Важным направлением совершенствования финансового обеспечения сферы здравоохранения должно стать усиление контроля над расходованием средств.

Необходимо обеспечить прозрачность всех финансовых потоков учреждения здравоохранения, обоснованность финансовых затрат, соблюдение норм и нормативов расходования материальных ресурсов и, тем самым, соблюдение финансовой дисциплины в целом.

2. Закрепление части расходных обязательств областного бюджета за собственными доходами учреждений.

Финансирование прочих расходов учреждений здравоохранения (около 30 % от всех расходов) предлагается производить за счет средств бюджета и собственных доходов учреждений (как это сейчас и происходит, но с учетом предлагаемых изменений). К собственным доходам учреждений здравоохранения в первую очередь относятся доходы от платных услуг.

В настоящее время доходы от платных услуг поступают в самостоятельное распоряжение учреждений. Прежде всего за счет этих средств формируется премиальный фонд заработной платы для медицинского и обслуживающего персонала.

Предлагаемые изменения:

Во-первых, провести дифференциацию учреждений здравоохранения по уровню доходов от оказания платных услуг, разделив на «сильные» и «слабые».

Во-вторых, провести дифференциацию медицинских услуг, оказываемых на платной основе, разделив на «обязательные» и «добровольные».

К обязательным относятся медицинские услуги, обязанность по проведению которых установлена государством. Например, медицинские осмотры работников организаций, предрейсовые и послерейсовые осмотры водителей, вакцинация работников организаций от клещевого энцефалита и пр.

Добровольные медицинские услуги приобретаются на основании потребностей и предпочтений потребителей (заказчиков). Например, общие диагностические исследования, исследования отделений функциональной, ультразвуковой, лучевой диагностики, хирургические операции, гинекология и стоматология.

В-третьих, закрепить отдельные расходы на здравоохранение областного бюджета (в рамках ТППГ) за собственными доходами учреждений.

С учетом следующих ограничений:

- применяются для «сильных» учреждений;
- закрепляются доходы от обязательных платных услуг, а также доходы от собственности.

В связи с этим рекомендуется провести ревизию нормативных актов, регулирующих использование доходов от платных услуг, в целях устранения пробелов и дополнения; внести изменения в формы

финансовой отчетности учреждений здравоохранения – выделить доходы от платных услуг отдельной строкой.

В данный момент доходы от оказания платных услуг (отчет о финансовых результатах деятельности, стр. 040) включают как доходы по системе ОМС, так и от платных услуг.

Доходы от добровольных платных услуг предлагается оставить в самостоятельном распоряжении учреждения здравоохранения в целях стимулирования развития рынка медицинских услуг.

При этом областной бюджет должен выполнять регулируемую функцию: обеспечивать перераспределение ресурсов между учреждениями здравоохранения и, тем самым, выравнивание уровня финансового обеспечения.

3. Приоритетное финансирование в рамках ТПОМС государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

В соответствии с Конституцией РФ медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений¹. Поэтому финансирование государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения должно осуществляться на первоочередной основе.

В условиях ограниченного объема средств невозможно обеспечить достаточный уровень финансирования для неограниченного количества медицинских организаций. До тех пор, пока существует проблема недофинансирования государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги по ОМС, нельзя перераспределять средства ОМС в негосударственный сектор.

В настоящее время недостаток денежных средств не позволяет учреждениям здравоохранения осуществлять полноценное финансирование текущей деятельности и, соответственно, предоставлять населению качественные медицинские услуги, а тем более – вкладывать средства в развитие, создавать резервы. Все «излишки» средств ОМС (если таковые будут) рекомендуется аккумулировать в целевом фонде для решения другой масштабной задачи – улучшение состояния недвижимого имущества и инфраструктуры учреждений здравоохранения.

¹ Конституция Российской Федерации : принята всенародным голосованием 12 дек. 1993 г. : (изм. от 1 июля 2020 г.). Ст. 41.

5. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ

5.1. Теоретические аспекты финансирования лекарственного обеспечения

Главная задача здравоохранения страны в соответствии с Конституцией РФ состоит в том, чтобы обеспечить права граждан на получение квалифицированной и доступной медицинской помощи. Следовательно, первостепенным направлением реформирования сферы здравоохранения является повышение качества медицинской помощи, которое предусматривает в числе приоритетных задач совершенствование системы финансирования лекарственного обеспечения населения.

Понятия «лекарственные средства», «лекарственные препараты», «лекарственная помощь», «лекарственное обеспечение», «финансирование лекарственного обеспечения» в Конституции РФ не закреплены. Поэтому особое внимание стоит уделить рассмотрению подходов различных авторов к данным понятиям.

В Законе № 61-ФЗ¹ закреплены такие понятия, как «лекарственные средства» и «лекарственные препараты»:

1. Лекарственные средства – вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты.

¹ Об обращении лекарственных средств : федер. закон РФ от 12 апр. 2010 г. № 61-ФЗ: (изм. от 26 марта 2022 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

2. Лекарственные препараты – лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности.

Следует обратить внимание на понятие «финансовая доступность лекарственных средств» для формирования эффективной модели финансирования лекарственного обеспечения населения. По мнению В.В. Копилевич, финансовая доступность лекарственных средств – это гарантированная возможность получения (приобретения) перечня лекарственных средств в соответствии со стандартами медицинской помощи по определенному диагнозу за счет объединенных частных и государственных источников финансирования [13].

Стоит отметить, что выбор основных лекарственных средств относится к одним из основных элементов любой национальной лекарственной политики страны, согласно рекомендациям ВОЗ.

В Российской Федерации перечень лекарственных препаратов утверждается распоряжением Правительства РФ в виде перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (ЖНВЛП, который содержит более 500 наименований)¹.

Стоит отметить, что до 2015 г. в перечне ЖНВЛП доля лекарственных препаратов, производимых в России отечественными и зарубежными компаниями, составляла 63,5 %. Однако за последние годы доля препаратов отечественного производства выросла и теперь составляет более 80 %. Глава Ассоциации российских фармацевтических производителей подчеркнул, что данная тенденция является выгодной для государства.

Одним из главных элементов в области лекарственной политики является концепция важнейших лекарственных средств, устанавливающая основные приоритеты для системы финансирования лекарственного обеспечения. Выбор лекарственных препаратов должен

¹ Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 г., перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, а также минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи : распоряжение Правительства РФ от 12 окт. 2019 г. № 2406-р // СПС «КонсультантПлюс».

быть нацелен на эффективность, безопасность, а также относительную рентабельность лекарственных средств.

В настоящее время существует система перечней лекарственных препаратов [13], на которую опирается сфера лекарственного обеспечения (табл. 43).

Таблица 43

Виды перечней лекарственных препаратов, утверждаемых
регулирующими документами

Обязательный аптечный ассортимент лекарственных препаратов для обслуживания амбулаторных больных	Нормативный документ, регламентирующий минимальный ассортимент лекарственных средств для аптечных организаций
Перечень ЖНВЛП	Систематизированный перечень непатентованных наименований лекарственных препаратов, включающий перечень препаратов для специфической терапии социально значимых заболеваний
Список лекарственных средств льготного отпуска	Документ, содержащий гарантированный ассортимент лекарственных препаратов льготного отпуска для амбулаторного лечения. Утверждается органом исполнительной власти субъекта РФ
Формулярный перечень лекарственных препаратов субъекта РФ	Документ, содержащий перечень лекарственных средств, рекомендуемых для применения на территории субъекта РФ
Формулярный перечень лекарственных препаратов медицинской организации здравоохранения	Документ, содержащий перечень лекарственных средств, рекомендуемых для применения в медицинской организации здравоохранения
Государственный реестр лекарственных средств	Систематизированный перечень наименований и основных характеристик лекарственных препаратов, которые разрешены к применению в Российской Федерации

Существует необходимость в определении соотношения понятий «лекарственная помощь» и «лекарственное обеспечение», поскольку первая является социальным благом, которое может быть представлено в виде услуги или лекарственного обеспечения.

М.В. Подвязникова в своей работе «Правовое регулирование лекарственной помощи в системе социального обеспечения» понятие

«лекарственная помощь» рассматривает в соотношении с понятием «медицинская помощь». По мнению автора, лекарственная помощь является элементом медицинской помощи, а не ее видом. При этом степень обязательности данного элемента зависит от характера предоставляемой медицинской услуги.

Лекарственное обеспечение относится к одному из этапов лекарственной помощи, при котором пациенту предоставляются необходимые ему лекарственные средства. Лекарственная помощь осуществляется в несколько этапов: назначение лекарственных препаратов, предоставление или приобретение их, прием и применение данных препаратов, контроль за достижением результата от их приема [25].

М.В. Подвязникова, проанализировав различные аспекты правового регулирования лекарственной помощи, считает, что как элемент медицинской помощи лекарственная помощь носит «производный» характер. В связи с этим может устанавливаться «аналогичный механизм» оказания лекарственной помощи и правовое регулирование отношений, возникающих при этом.

По мнению Т.К. Мироновой, утверждение М.В. Подвязниковой справедливо, но лишь частично. Лекарственная помощь не всегда может предоставляться в рамках «тех же правовых режимов». Необходимо учитывать, что на этапе предоставления или приобретения лекарственных средств пациент самостоятельно приобретает необходимые лекарственные препараты (если он не относится к отдельным категориям граждан, которые имеют право на получение данных препаратов бесплатно или с частичной оплатой) после бесплатного оказания медицинской помощи (консультации врача и его рекомендации по поводу применения лекарственных препаратов). Следовательно, в данном случае особое внимание уделяют особенностям правового регулирования, так как отношения по лекарственной помощи регулируются нормативно-правовыми актами социального обеспечения лишь частично [20].

Таким образом, «лекарственная помощь» является более объемным понятием, включающим понятие «лекарственное обеспечение». Различие в их правовом регулировании проявляется следующим образом. Нормами социального права регулируются отношения, в которых лекарственная помощь при бесплатном оказании медицинской помощи для всех граждан в части, касающейся консультации (назначения, рекомендации) врача, оказывается бесплатно. Дифференциация правового регулирования происходит на этапе, связанном с предоставлением или приобретением лекарственных препаратов.

Лекарственное обеспечение (т.е. предоставление лекарственных препаратов бесплатно или с частичной оплатой) предусмотрено для отдельных категорий граждан. Также, в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи предусмотрено бесплатное лекарственное обеспечение для всех категорий граждан при оказании конкретных видов помощи. Приобретение лекарственных препаратов за счет личных средств граждан относится к нормам гражданско-правового регулирования.

Лекарственная помощь в сфере действия нормативно-правового регулирования социального обеспечения имеет двойственную природу: как один из сопутствующих элементов бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и как определенная последовательность обособленных действий, которые предусматривают назначение, предоставление лекарственных препаратов и контроль за результатом их применения. По мнению Т.К. Мироновой, основное содержание понятия «лекарственное обеспечение» составляет предоставление лекарственных препаратов в бесплатной форме или с частичной оплатой [20].

В широком и узком смыслах рассматривается понятие «лекарственное обеспечение» в юридической литературе. В широком смысле оно предполагает обеспечение широкого круга потребителей за счет личных средств качественными, доступными, безопасными лекарственными препаратами; в узком смысле – обеспечение пациентов лекарственными препаратами в бесплатном либо льготном режиме в соответствии со специальными перечнями и в объеме, установленном законодательством [12].

Идентичный подход прослеживается в отдельных программных документах. Так, в Стратегии лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 г. термин «лекарственное обеспечение» применяется и в широком смысле, т.е. как обеспечение доступности лекарственных средств для всего населения, и в более узком значении – в смысле предоставления лекарственных средств бесплатно или со скидкой отдельным категориям граждан¹.

Значение понятия «лекарственное обеспечение» определяют и другие особенности. В.А. Внукова отмечает, что «в силу своей значи-

¹ Об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г. и плана ее реализации : приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 февр. 2013 г. № 66 : (изм. от 10 сент. 2019 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

мости медицинские услуги и лекарственные средства обладают признаками как частных, так и общественных благ» [6].

С учетом изложенного можно утверждать следующее: лекарственная помощь является социальным благом, которое имеет стоимостное выражение и может выступать в качестве:

- услуги (назначение или рекомендация медицинского работника) – нематериальное благо;

- конкретных лекарственных средств, предоставляемых гражданам бесплатно или с частичной оплатой в соответствии с порядком лекарственного обеспечения – материальное благо.

Рассмотрев различные подходы к понятию «лекарственное обеспечение», можно сделать вывод, что единого понимания к данному термину нет. На законодательном уровне, в нормативно-правовых документах определение не дано. В связи с этим имеется неопределенность и неоднозначность понимания данного термина. существуют расхождения в его трактовке, отсутствует четкость в границах его определения.

Предлагается понимание термина «лекарственное обеспечение» в следующей формулировке: лекарственное обеспечение – элемент лекарственной помощи, включающий комплекс мероприятий органов государственной власти, медицинских и фармацевтических организаций по представлению индивиду или медицинской организации лекарственных средств с целью профилактики, диагностики, лечения заболеваний и медицинской реабилитации.

Изучив основные понятия, применяемые в системе финансирования лекарственного обеспечения, стоит дать определение самому термину «финансирование лекарственного обеспечения», поскольку в современной литературе ему уделено небольшое внимание.

Понятие «финансирование» является универсальной категорией, используемой и в экономической, и в юридической науках. Но данный термин ни в одной из обозначенных сфер не имеет официальной трактовки.

О.Н. Горбунова определяла финансирование как «безвозвратное использование государственных денежных средств, которые предоставляются в распоряжение предприятий, организаций и учреждений для осуществления их уставной деятельности» [39]. Н.Н. Ровинский понимал под финансированием «отпуск средств» [26]. Ю.А. Крохина исходила из того, что финансирование – это вид распределительных отношений в бюджетной сфере, обеспече-

ние денежными средствами потребностей расширенного воспроизводства [15]. Н.И. Химичева и Е.В. Покачалова под финансированием рассматривали «урегулированное нормами права выделение (отпуск) государственных или муниципальных денежных средств, как правило, на безвозмездной и безвозвратной основе (за исключением установленных законодательством условий возмездности и возвратности), для деятельности и развития предприятий, организаций и учреждений соответственно их задачам и функциям» [45]. Э.Д. Соколова обозначила, что финансирование «выражается в безвозмездном и безвозвратном предоставлении денежных средств» [31].

По Бюджетному кодексу РФ¹ можно сделать вывод, что финансирование – это оплата денежных обязательств (ст. 226.1) либо предоставление средств (ст. 6).

Указанные подходы к данному понятию объединены «взглядом на финансирование». Во-первых, финансирование рассматривается как процесс (деятельность), заключающийся в передаче (перечислении) финансовых средств от одного субъекта правоотношений к другому. Во-вторых, финансирование представляется как метод распределения финансовых ресурсов.

В современной литературе отсутствует понятие «финансирование лекарственного обеспечения». Рассмотрев основные подходы к составляющим данного термина, предлагаем дать определение в следующей трактовке: финансирование лекарственного обеспечения – это экономически обоснованный процесс обеспечения необходимыми финансовыми ресурсами затрат на комплекс мероприятий органов государственной власти, медицинских и фармацевтических организации по представлению индивиду или медицинской организации лекарственных средств с целью профилактики, диагностики, лечения заболеваний и медицинской реабилитации.

Таким образом, в системе финансирования лекарственного обеспечения одно из важнейших мест занимают рассмотренные выше понятия. Представляется проблемой отсутствие единого официального понимания финансирования лекарственного обеспечения, составляющих его элементов в законодательстве и в современной литературе. В связи с этим предложено собственное понимание данных терминов на основе изученных подходов различных авторов.

¹ Бюджетный кодекс Российской Федерации. Часть первая : федер. закон РФ от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ : (ред. от 26 марта 2022 г.) // СПС «КонсультантПлюс».

Правовую основу лекарственного обеспечения в стране составляет федеральное и региональное законодательство в сфере здравоохранения.

Основой нормативно-правового регулирования здравоохранения в стране, в том числе и лекарственного обеспечения как неотъемлемого компонента охраны здоровья, является Закон № 323-ФЗ¹. Следует отметить, что нормы, связанные с охраной здоровья, содержащиеся в иных законах и нормативных правовых актах, не должны противоречить нормам, указанного федерального закона.

Закон № 323-ФЗ прямо или косвенно регулирует некоторые аспекты лекарственного обеспечения, в частности:

1. Формулирует такие основные принципы охраны здоровья, как социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, доступность и качество медицинской помощи. В части обеспечения социальной защищенности предусматривается установление и реализация правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение. Доступность и качество медицинской помощи реализуется через применение стандартов медицинской помощи, включающих в себя в том числе и стандарт лекарственной терапии, и предоставление медицинскими организациями гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, также содержащей компоненты системы лекарственного обеспечения.

2. Четко определяет рамки полномочий федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья и лекарственного обеспечения в частности, в том числе порядок бесплатного обеспечения лекарственными препаратами пациентов при соблюдении особых условий (ситуация, категория населения, категория заболевания), утверждение порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов.

3. Регламентирует программу федеральных государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: обеспечение граждан лекарственными препаратами, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных пре-

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон РФ от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ.

паратов, и условия назначения препаратов, не входящих в перечень при необходимости замены по объективным причинам.

4. Регламентирует создание ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части дополнительного предоставления льготных лекарственных средств сверх федеральной программы, а также перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты приобретаются по рецептам на условиях 50 % софинансирования.

Иные нормативные правовые акты, прямо или косвенно затрагивающие вопросы лекарственного обеспечения должны быть полностью согласованы с положениями Закона № 323-ФЗ.

Для детального рассмотрения системы нормативно-правового регулирования лекарственного обеспечения в России проведем ее декомпозицию по отдельным вопросам лекарственного обеспечения: общие вопросы лекарственного обеспечения и лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан.

Регулирование общих вопросов лекарственного обеспечения базируется на Законе № 323-ФЗ.

Положения настоящего закона конкретизируются Законом № 61-ФЗ. Он регулирует вопросы разработки, доклинических и клинических исследований, экспертизы, государственной регистрации, стандартизации и контроля качества, производства, хранения, перевозки, ввоза и вывоза из страны, рекламы, отпуска, реализации, передачи, применения и уничтожения лекарственных средств.

В части обращения особых лекарственных средств (наркотических и психотропных) Закон № 61-ФЗ конкретизируется Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ¹ и дополняется постановлением Правительства РФ «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных средств и прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».

К общим вопросам лекарственного обеспечения также относится система обеспечения ценовой доступности лекарственных препаратов.

Закон № 61-ФЗ содержит категорию жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, цены на которые подлежат государственному регулированию и контролю.

¹ О наркотических средствах и психотропных веществах : федер. закон от 8 янв. 1998 г. № 3-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1998. № 2. Ст. 219.

Система регулирования цен на ЖНВЛП определяется постановлением Правительства РФ «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» от 29 октября 2010 г. № 865 и осуществляется по двум направлениям: регулирование предельных отпускных цен производителей и регулирование предельных оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей. Следует отметить, что функции регулирования предельных отпускных цен производителя возложены на органы исполнительной власти РФ, а определение и установление предельных оптовых и розничных надбавок к фактической цене производителя находится в компетенции органов исполнительной власти субъекта РФ.

Контрольная функция за соблюдением государственной политики в области ценообразования на лекарственные препараты делегирована Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения.

Второй блок нормативно-правового регулирования относится к вопросам обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий граждан. Правовое регулирование оказания данного блока осуществляется не на основе единого законодательного акта, а включает целый ряд законов, содержащих соответствующие правовые нормы.

Разрозненность правовых норм, множественность нормативных правовых актов, разные уровни правового регулирования не позволяют сформировать единую, упорядоченную, взаимосвязанную систему норм о лекарственном обеспечении. В этом многообразии можно выделить отдельные группы субъектов-получателей лекарственных средств: социальную; профессиональную; специальную медицинскую. Каждой группе соответствует свой перечень законов и подзаконных актов. Четкой границы между этими группами нет. Субъекты-получатели могут переходить из одной группы в другую или принадлежать одновременно к разным группам.

По условиям предоставления лекарственных средств можно выделить две группы субъектов-получателей лекарственных препаратов: лица, лекарства которым предоставляются бесплатно; лица, лекарства которым предоставляются с частичной оплатой (со скидкой).

Право социального обеспечения в части правового регулирования лекарственного обеспечения ориентировано прежде всего на отдельные социальные категории граждан. Кратко обозначим некоторые из них.

К основным социальным категориям граждан, имеющим право на бесплатное лекарственное обеспечение, отнесены: герои Советского Союза; герои России; участники Великой Отечественной войны; родители и жены погибших военнослужащих; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; бывшие несовершеннолетние узники концлагерей; дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет; инвалиды I группы; неработающие инвалиды II группы; дети-инвалиды в возрасте до 18 лет; граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы и некоторые другие лица.

В соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи» от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ (далее – Закон № 178-ФЗ) ряд категорий граждан имеют право на получение набора социальных услуг: ветераны Великой Отечественной войны и ветераны боевых действий; члены семей погибших (умерших) военнослужащих; инвалиды I, II или III группы и дети-инвалиды; лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС; и некоторые другие категории граждан¹. Указанным лицам в состав предоставляемого им набора социальных услуг включается услуга по обеспечению их необходимыми лекарственными препаратами, которые выдаются по рецептам. В этом случае из общей суммы ежемесячной денежной выплаты, которая предоставляется взамен натуральных льгот, вычитается стоимость лекарственных препаратов по установленным нормативам.

Для застрахованных лиц, пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, Федеральным законом «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ предусмотрен такой вид обеспечения по страхованию, как оплата дополнительных расходов, связанных с медицинской реабилитацией застрахованного (за счет средств страховых взносов), включая приобретение лекарственных препаратов².

Следующая группа субъектов-получателей лекарственных препаратов, которым лекарства предоставляются бесплатно, – это граждане, больные определенными заболеваниями.

¹ О государственной социальной помощи : федер. закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс».

² Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний : федер. закон РФ от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ : (ред. от 30 дек. 2021 г.) // Там же.

В зависимости от характера заболевания и состояния больного в одних случаях бесплатно предоставляются все лекарственные препараты (например, диабет, онкологические заболевания, лепра, СПИД, психические заболевания), в других – только те лекарства, которые необходимы для лечения какого-то конкретного заболевания (например, лучевая болезнь, туберкулез, бронхиальная астма, инфаркт миокарда).

Правовое регулирование бесплатного лекарственного обеспечения при отдельных видах заболеваний может включать нормы специальных законов, если заболевания, которыми страдают граждане, представляет опасность для окружающих, либо требует особого внимания государства. Среди субъектов-получателей лекарственных препаратов в таких случаях следует указать лиц, больных туберкулезом, лиц, которые являются ВИЧ-инфицированными, а также лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом на основании Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ бесплатно обеспечиваются лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях.

В целях предупреждения распространения в Российской Федерации ВИЧ-инфекции государством гарантируются бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в соответствии с Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ.

Государство обеспечивает лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями соответствующими лекарственными препаратами. Ввиду высокой стоимости орфанных лекарственных препаратов организация их закупки осуществляется на основе постановления Правительства РФ «О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также о признании

утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» от 26 ноября 2018 г. № 1416.

Несмотря на закрепление в Конституции РФ права на охрану здоровья и медицинскую помощь, ученые и эксперты отмечают, что объем его реализации у пациентов, страдающих орфанными заболеваниями, во многом определяется возможностью своевременного обеспечения пациента лекарственными средствами. Если процедура производства и предоставления указанным пациентам жизненно необходимых лекарств затягивается, «ставится под сомнение реализация ими права на охрану здоровья и медицинскую помощь» [20].

Целый ряд законов регулирует отношения по лекарственному обеспечению лиц, относящихся к отдельным профессиональным категориям. В основном это государственные служащие, проходящие военную и иную приравненную к ней службу (военнослужащие, сотрудники Следственного комитета, органов внутренних дел, полиции, прокурорские работники и др.), а также судьи. Предоставление права на бесплатное лекарственное обеспечение указанным лицам особенно важно в случаях, когда сотрудник утрачивает здоровье и становится инвалидом в связи со своей профессиональной деятельностью. В соответствии с установленным порядком за гражданином Российской Федерации, уволенным со службы в соответствующих учреждениях (органах) и ставшим инвалидом вследствие увечья или иного повреждения здоровья, полученных в связи с выполнением служебных обязанностей, либо вследствие заболевания, полученного в период прохождения службы в этих учреждениях и органах, сохраняется право на бесплатное обеспечение лекарственными препаратами по рецептам в медицинских организациях уполномоченного федерального органа.

Перечень конкретных лекарственных препаратов, предоставляемых указанным категориям граждан, устанавливается ежегодно и утверждается в программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, которая определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы ее объема, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории страны бесплатно (на 2020 г.

программа утверждена постановлением Правительства РФ от 7 декабря 2020 г. № 1610).

Органы государственной власти субъектов РФ в соответствии с обозначенной программой разрабатывают и утверждают ТПГГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования), которая должна содержать перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению бесплатно или с 50 % скидкой, при этом указанный перечень принимается на основе перечня ЖНВЛП.

В целом установленный механизм лекарственного обеспечения (бесплатно или с частичной оплатой) предоставляет указанным гражданам возможность в наибольшей степени реализовать свое конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь независимо от материального положения, так как исключает или уменьшает расходы на приобретение лекарственных препаратов для лечения всех заболеваний либо отдельных из них (социально значимых или представляющих опасность для окружающих).

Таким образом, в российском законодательстве право на бесплатное лекарственное обеспечение связано с тремя критериями, определяющими субъекта-получателя лекарственных препаратов: социальный (отдельные социальные категории граждан), профессиональный (отдельные профессиональные категории граждан), а также медицинский (общий и специальный). Общий медицинский критерий определяет субъектов, лекарственное обеспечение которых осуществляется в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а его объем зависит от видов, условий и форм медицинской помощи. Специальный медицинский критерий определяет субъектов, лекарственное обеспечение которых осуществляется в связи с отдельными категориями заболеваний и их характером.

Проблема совершенствования системы финансирования лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях определяет необходимость изучения различных источников и форм ее финансирования в других странах.

Системы финансирования базируются на типах систем здравоохранения [8]. Если попытаться определить типы систем, то исходя из сложившейся практики, многие авторы выделяют: систему «единого плательщика», систему медицинского страхования работодателем, систему управляемой конкуренции.

Модели финансирования лекарственного обеспечения в зарубежных странах можно разделить на четыре типа:

1. Стопроцентное фондовое финансирование (полное покрытие стоимости препарата за счет бюджетных средств, средств страховых или иных фондов). Такой тип финансирования обеспечивает льготный отпуск лекарственных средств.

2. Софинансирование. Осуществляется на долевой (процентной) основе. Определенный процент от стоимости препарата возмещается из фондовых источников, часть оплаты производится самим пациентом.

3. Сооплата. Предусматривает фиксированную стоимость оплаты препарата или рецепта пациентом.

4. Полная оплата пациентом.

Следует отметить, что данное исследование затрагивает только рецептурный отпуск лекарственных препаратов.

Рассмотрим зарубежный опыт финансирования лекарственного обеспечения в развитых странах с преимущественно государственной системой финансирования здравоохранения.

Система возмещения затрат на рецептурные лекарства, сложившаяся в Дании, финансируется за счет налогов, но бесплатное лекарственное обеспечение не предусмотрено. Национальным комитетом по медикаментам Департамента здравоохранения министерства внутренних дел Дании определены два списка лекарственных средств. Покупка лекарственного препарата из первого списка возмещается пациенту в объеме 75 % его стоимости, а из второго списка – 50 %. В рамках подобных моделей финансирования результативность политики сдерживания расходов зависит от решений органов здравоохранения о включении того или иного препарата в перечень частично оплачиваемых государством, а также от принятых схем компенсации понесенных пациентом затрат [36].

В Австралии политика в области здравоохранения вырабатывается при активном участии общественности. Медицинская помощь общедоступна благодаря государственной системе медицинского страхования Medicare, финансируемой за счет доходов от общего налогообложения и целевого подоходного налога. Всем гражданам предоставляется льготное лекарственное обеспечение. Государство субсидирует приобретение 75 % рецептурных лекарственных средств. Соплатежи населения при этом составляют в среднем 16 %. Назначаемые лекарственные средства оплачиваются частично схемой фармацевтических пособий и частично сооплатой пациентов. По схеме,

которая управляется Комиссией страхования здоровья, около 2,5 тыс. назначаемых препаратов субсидируется государством [35].

Сооплата пациентов варьирует между 3,5 австр. долл. при назначении пожилым людям и другим соответствующим этой группе людей и 23,1 австр. долл. для большинства пациентов. Однако если денежный порог в календарном году увеличивается, препараты бесплатны для пенсионеров и пациенты – не концессионеры платят 3,7 австр. долл. за каждый из них, как и остальные. В случае назначения врачом относительно дорогого бренда, пациент должен оплатить разницу между дорогим и наиболее дешевым брендом.

Британская национальная система здравоохранения представляет собой самый радикальный, построенный по централизованному принципу вариант системы «единого плательщика». «Единым плательщиком» выступает государство, финансируя здравоохранение за счет налоговых доходов бюджета, и напрямую оплачивая оказанные медицинские услуги [36].

В государственной британской системе здравоохранения пациент несет расходы только за стоматологическую помощь, услуги окулиста и небольшое доленое участие в оплате лекарств, приобретаемых по рецепту.

Кроме того, в Англии используется ограниченный перечень лекарственных средств, которые можно получить по рецепту, а также нормативно утвержден негативный список медицинских препаратов, которые можно выписывать по рецепту только отдельным группам пациентов (как правило, речь идет об орфанных препаратах, выписываемых пациентам с редкими заболеваниями). Таким образом, освобождению от оплаты подлежат порядка 85 % лекарственных средств, отпускаемых по рецептам государственной службы здравоохранения.

Отдельные категории населения (пенсионеры, малолетние дети, беременные) получают лекарственные препараты бесплатно. Также, в рамках существующей системы можно приобрести сертификат предоплаты на 4 или 12 месяцев, и получать в течение этого периода рецептурные препараты бесплатно.

Канадская система здравоохранения характеризуется как общенациональная, но децентрализованная. Федеральное финансирование осуществляется за счет общих налоговых доходов бюджета и составляет примерно 16 % от расходов на здравоохранение каждой провинции. Основную часть расходов финансирует региональная власть за счет собираемых налогов, в частности налогов на доходы физических

и юридических лиц, некоторые провинции задействуют иные источники – налоги с продаж, проведения лотерей, прямые взносы физических лиц. Система здравоохранения является собой один из крупнейших элементов государственной социальной системы [53].

В Канаде предусмотрена частичная оплата лекарственной помощи для нетрудоспособных жителей (6 % населения) и для жителей старше 65 лет (12 % населения), которые в среднем оплачивают 20 % от максимальной стоимости фармацевтических услуг. Льготный отпуск осуществляется только в соответствии со списком жизненно необходимых лекарственных средств.

В Испании государственная система здравоохранения крайне децентрализована: основные функции по оказанию медицинских услуг населению делегированы властям 17 регионов страны. Медицинское страхование в Испании охватывает почти все население – до 98,7 % граждан. Страховка покрывает первичное медицинское обслуживание, в том числе терапевтическое и педиатрическое, хирургическое вмешательство – как в стационаре, так и амбулаторное, чрезвычайную и неотложную помощь, лечение длительных заболеваний, а также рецептурный отпуск лекарств [51].

Общенациональная система здравоохранения Испании покрывает 92,3 % расходов на лекарственные средства, стоимость которых возмещается государством, остальные затраты оплачиваются больными. Основная часть испанцев охвачена национальной социальной системой страхования и население оплачивает 40 % назначаемых им лекарственных средств. С 1986 г. в Испании лекарственные препараты лицам старше 65 лет предоставляются бесплатно. Также бесплатны препараты для терапии хронических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, гепатит, диабет и т.п.

В Норвегии система медицинского страхования носит всеобщий характер, финансируется за счет налогов и построена по принципу «единого плательщика». Система финансируется за счет общих налоговых поступлений в бюджет, целевых налогов на нужды здравоохранения в стране не существует [52]. Таким образом, здравоохранение представляет собой важнейший фактор, обуславливающий высокое налоговое бремя в Норвегии.

За счет государственной системы страхования в Норвегии компенсируется 54 % от стоимости лекарственных средств, пациенты оплачивают 31 % расходов на приобретение препаратов, остальные 15 % оплачивают больницы.

В Норвегии определен перечень из 36 хронических заболеваний, при которых предоставляется право на бесплатное или льготное лекарственное обеспечение. Назначение особо дорогих препаратов контролируется специальным комитетом. Гражданин, возраст которого превышает 66 лет, обеспечивается лекарственными препаратами бесплатно, при этом годовой лимит на пациента ограничен.

Особое внимание хотелось бы уделить азиатской практике организации финансирования здравоохранения и лекарственного обеспечения. В качестве примера возьмем государство, находящееся в списке ВОЗ по качеству предоставляемых медицинских услуг на шестом месте и на первом в Азии – это город-государство Сингапур.

Система здравоохранения Сингапура носит общегосударственный характер, все граждане и лица, имеющие вид на жительство, имеют право на получение медицинской помощи. Финансируется она государством либо посредством субсидирования, либо через участие в правительственных программах медицинского страхования (Medisave, MediShield, MediFund). Субсидирование (до 80 % от стоимости медицинских услуг) предназначено только для малоимущих слоев населения. Накопительные государственные программы страхования финансируются за счет отчислений работодателей и работников. В достаточной степени развита система частного страхования.

Медицинские услуги разделены на классы обслуживания. Высокий уровень обслуживания (класс «А»), к примеру, не субсидируется государством. Аналогичный принцип применяется и в отношении лекарственных препаратов – разделение на классы (линии). Рецептурные препараты первой линии относятся к классу жизненно необходимых и сооплачиваются пациентом. Условия сооплаты уникальны и не представлены в других системах лекарственного обеспечения. Пациент при лекарственной терапии данными препаратами оплачивает фиксированную сумму в размере 1,4 долл. США за каждый день применения лекарств. Количество и стоимость препаратов не имеют значения. Применение лекарственных средств второй линии (дорогостоящие препараты) софинансируется государством в размере 50 %.

Следует отметить, что здравоохранение Сингапура строилось в четком соответствии с принципами и рекомендациями ВОЗ. Грамотное управление финансовыми ресурсами социального сектора, инвестиции в инновационные отрасли медицины, привлечение огромного числа медицинских туристов создает предпосылки для дальнейшего динамичного и успешного развития медицины «азиатского Дракона».

Перейдем к рассмотрению систем финансирования лекарственного обеспечения в странах с преимущественно страховой системой финансирования здравоохранения.

Во Франции базовый уровень всеобщего ОМС обеспечивается через систему страховых фондов, в основном привязанных к месту работы. Формально эти фонды являются частными компаниями, но на деле они жестко регулируются и контролируются государством.

Расходы по возмещению стоимости лекарственных препаратов составляют более 80 % от общего рецептурного отпуска. При этом компенсируется 100 % затрат на дорогостоящие и незаменимые препараты, 65 % – на обычные и 35 % – на лекарственные средства, которые не считаются необходимыми. Цены на препараты, стоимость которых подлежит возмещению, во Франции регулируются государством. Препараты, не входящие в национальный фармакопейный список, даже выписанные врачом, не льготируются и полностью оплачиваются пациентом [35].

Страховая медицина Австрии построена на принципах солидарности. Государственное медицинское страхование обязательно для всех граждан и регулируется единым законодательством. Каждый сотрудник регистрируется работодателем в местной государственной больничной кассе. Регистрацию в кассе проходят также нетрудоспособные члены семьи работника. Ежемесячно на нужды страхования отчисляется 17 % из заработной платы, часть этих средств поступает непосредственно в больничную кассу. Такая система позволяет 80 % жителей государства получать медицинскую помощь бесплатно.

Лекарственные средства, назначенные врачом в соответствии с Экономическими протоколами по применению медикаментов и медицинского оборудования, могут быть получены в любой аптеке за счет социальных фондов. Тем не менее за каждую упаковку австрийцам приходится заплатить еще 4,45 евро налога на приобретаемое средство [21]. От сооплаты освобождены некоторые категории населения: нетрудоспособные, безработные, пациенты с хроническими заболеваниями.

Третьей системой финансирования здравоохранения является преимущественно частная страховая система, функционирующая на основе управляемой конкуренции.

Ярким примером финансирования по частному страховому принципу являются США [4]. Американская система здравоохранения сложна и специфична. Помимо частных страховых компаний, пред-

лагающих различные страховые продукты, система здравоохранения США имеет элемент государственного страхования в виде программ Medicare и Medicaid.

Medicare – федеральная медицинская страховка для людей, достигших 65 лет. Может включать в себя часть «А» (больничная страховка), часть «Б» (дополнительное добровольное страхование, покрывающее расходы на врачебные услуги, лабораторные анализы и использование медицинского оборудования в ходе амбулаторного лечения), часть «D» (программа льготного рецептурного отпуска лекарственных средств). Также существуют расширенные полисы Medicare (Medicare Advantage) и дополнительные системы (Medigap).

Medicaid – государственная программа страхования для малоимущих и лиц, имеющих определенные формы инвалидности. Также за счет средств этой системы страхования финансируется пребывание пожилых людей в домах престарелых.

Схемы финансирования лекарственного обеспечения сложны и зависят от нюансов страховки и медицинских показаний. Программа Medicare финансирует не более двух лекарственных препаратов по одному заболеванию. В рамках страхования без части «D» пациентом финансируется 50 % стоимости препарата. Часть «D» подразумевает следующую схему финансирования: при расходе на лекарственные средства до 2 250 долл. пациент финансирует 25 % стоимости препарата; до достижения общего совокупного расхода 3 850 долл. финансирование производится только за счет средств пациента; при превышении установленной суммы расхода включается режим «катастрофических расходов на лекарства» и пациент оплачивает только 5 % от стоимости препарата.

Обобщая представленные данные, можно сделать вывод, что лекарственное обеспечение в развитых зарубежных странах интегрировано в систему национального социального страхования. Все экономически развитые страны имеют в своем арсенале инструмент распределения финансовой нагрузки в сфере обеспечения лекарственными средствами в виде совместной оплаты, проявляющейся в том или ином виде. Кроме того, подавляющее большинство государств использует широкий диапазон льгот, которые предоставляются на определенных условиях и освобождают пациента от оплаты лекарственных средств.

Основной тенденцией в области лекарственного обеспечения в рассмотренных странах является бесплатное лекарственное обеспечение нуждающихся.

Проведенный анализ показал, что в современном мире существуют достаточно эффективные способы управления финансированием лекарственного обеспечения. Обращает на себя внимание большая роль государства в обеспечении лекарственными препаратами населения за счет бюджетного финансирования.

5.2. Характеристика системы финансирования лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях

В российской практике системы финансирования лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях источниками финансового обеспечения являются:

- бюджетные ассигнования федерального бюджета;
- средства бюджетов субъектов РФ;
- средства системы ОМС;
- личные средства граждан.

В соответствии с действующим законодательством лекарственное обеспечение в рамках медицинской помощи не предусматривается. Исключение составляет только оказание экстренной и стационарной медицинской помощи, при которой лекарственное сопровождение предусмотрено. Что касается амбулаторной медицинской помощи, то, согласно законодательству Российской Федерации, нормативно предусматривается обеспечение лекарственными препаратами только определенных категорий граждан¹.

Существующая в России система лекарственного обеспечения базируется на принципе государственной компенсации расходов на лекарственные препараты для отдельных категорий населения. Категории выделяются по следующим признакам: отнесение граждан к льготной категории, пациенты, страдающие социально значимыми заболеваниями и болезнями, характеризующимися как высокочастотные. За пределами компенсационных механизмов лекарственное обеспечение может осуществляться исключительно за счет личных средств граждан.

Участие государства в лекарственном обеспечении граждан осуществляется в рамках реализации следующих гарантий:

1. Лекарственное обеспечение, предусмотренное программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Россий-

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон РФ от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ. Ст. 29.

ской Федерации медицинской помощи за счет средств ОМС в стационарных условиях.

2. Обеспечение необходимыми лекарственными средствами при амбулаторных условиях отдельных категорий граждан как элемент предоставления государственных социальных услуг, предусмотренный Законом № 178-ФЗ. Этот вид льготного обеспечения лекарственными средствами получил название программа «Обеспечение необходимыми лекарственными средствами» (ОНЛС) (получатели – федеральные льготники, источник финансирования – средства федерального бюджета).

3. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан и лиц, страдающих отдельными видами заболеваний при оказании амбулаторной помощи, входящих в региональные перечни по обеспечению лекарственными средствами, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50 % скидкой, в соответствии с постановлением Правительства РФ от № 890 (получатели – региональные льготники, источник финансирования – средства бюджетов субъектов РФ).

4. Обеспечение лекарственными препаратами для лечения отдельных социально значимых заболеваний (ВИЧ, туберкулез) в соответствии с Законом № 323-ФЗ (источник финансирования – средства федерального бюджета).

5. Обеспечение лекарственными средствами при амбулаторной помощи по 12 нозологическим формам заболеваний (Программа высокотратных нозологий (ВЗН), до 2019 г. данная программа проходила по 7 нозологиям). Получателями являются больные, страдающие 12 тяжелыми заболеваниями. Финансирование лекарственного обеспечения производится через систему централизованных закупок лекарственных средств (согласно перечню) за счет средств федерального бюджета.

6. Реализация государственной политики в области иммунопрофилактики, предусмотренной Федеральным законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ. Вакцинация в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок (НКПП) является расходным обязательством федерального бюджета и обеспечивается соответствующими централизованными закупками.

7. Обеспечение лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к со-

кращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, в соответствии с Законом № 323-ФЗ.

Обратимся к программе ОНЛС (ранее – программа дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО)).

Начнем с того, что изначально в основу финансирования программы был заложен типичный страховой принцип социальной солидарности.

В 2005 г. действовала система, когда «здоровый платит за больного»: все граждане, имеющие право на ДЛО за счет средств федерального бюджета (14,7 млн чел.), находились в рамках действия программы, а выделенных из бюджета денежных средств в сумме 50,8 млрд р. из расчета 350 р. на одного человека хватало с избытком.

В 2006 г. часть льготников отказалась от набора социальных услуг в пользу денежной компенсации. Вследствие этого на смену страховому принципу пришел принцип неблагоприятного отбора, переход на который делает любую страховую программу финансово неустойчивой.

В результате к началу 2007 г. сложилась огромная задолженность перед всеми участниками программы от производителей препаратов до аптечных учреждений.

Правительство вынуждено было рассмотреть вопрос о дополнительном выделении денежных средств для погашения возникшей задолженности. Своевременное решение в начале 2007 г. по оплате возникшей задолженности позволило продолжить реализацию программы лекарственного обеспечения граждан за счет средств федерального бюджета.

Следует отметить, что на граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение в рамках федеральной программы, субъекты Российской Федерации были вынуждены выделять средства из своих бюджетов. И причин здесь две:

- пациентам по жизненным показаниям необходим препарат, который не включен в перечень лекарственных средств;
- пациент отказался от льготного лекарственного обеспечения и получает денежную компенсацию, однако, вследствие прогрессирования заболевания, ему необходим дорогостоящий препарат.

Таким образом, такая схема взаимодействия участников предполагала реализацию лекарственного обеспечения в виде особой социальной страховой программы, полностью финансируемой и регулируемой государством. Однако выбранные механизмы финансирования и организации государственной программы лекарственного обеспечения несли в себе целый ряд изъянов, вызвавших комплекс социальных, экономических и политических последствий.

С 2008 г. программа начала функционировать в виде двух под-программ –ОНЛС и закупки дорогостоящих препаратов для лечения 7 особо дорогостоящих заболеваний (программа «7 нозологий» / ВЗН). С 2008 г. финансирование программы в виде субвенций из федерального бюджета было переведено на региональный уровень.

Ниже в виде схемы представлена модель финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях в рамках реализации программы ОНЛС на примере Иркутской области¹ (рис. 22).

Как видно, связующим звеном ее является министерство здравоохранения Иркутской области, поскольку именно оно – неотъемлемое звено данного процесса.

Представленная система финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях осуществляется за счет средств, предусмотренных федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период, Министерством здравоохранения Российской Федерации. В бюджет Иркутской области выделенные средства предоставляются в виде субвенции и доводятся министерством финансов Иркутской области до министерства здравоохранения Иркутской области.

Процесс взаимодействия в представленной схеме финансирования лекарственного обеспечения выглядит следующим образом.

Министерство здравоохранения Иркутской области.

1. Заключает с Отделением Пенсионного фонда РФ по Иркутской области соглашение, определяющее сроки и порядок передачи данных регионального сегмента Федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, принимает от него данные регионального сегмента Федерального регистра лиц.

2. Заключает с Территориальным фондом ОМС Иркутской области и страховыми организациями соглашения о взаимодействии по организации льготного лекарственного обеспечения.

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон РФ от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс» ; О Порядке взаимодействия участников обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми льготными лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, обеспечения льготными лекарственными препаратами для медицинского применения граждан, страдающих социально значимыми и иными заболеваниями, предусмотренными Законом № 106-оз) : приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 14 апр. 2014 г. № 124-мпр // Там же.

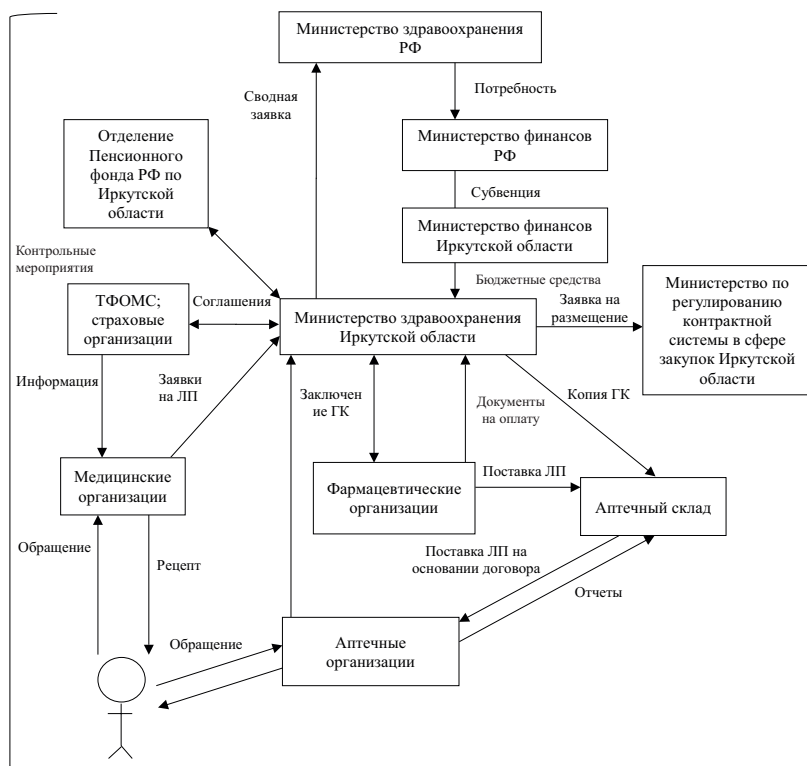


Рис. 22. Модель финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях

3. Передает в ТФОМС следующее:

3.1. Региональный сегмент Федерального регистра лиц, имеющих право на государственную социальную помощь, в части дополнительной бесплатной медицинской помощи в согласованные сроки.

3.2. Справочник медицинских организаций, входящих в программу обеспечения льготными лекарственными препаратами для медицинского применения отдельных категорий граждан.

3.3. Регистр врачей (фельдшеров), имеющих право выписки льготных рецептов.

3.4. Справочник аптечных организаций, участвующих в льготном лекарственном обеспечении (по мере необходимости).

4. Организует ведение персонифицированного учета отдельных категорий граждан, получающих лекарственные препараты для медицинского применения.

5. Определяет порядок представления основной заявки на лекарственные препараты для медицинского применения.

6. Утверждает основную заявку медицинских организаций на лекарственные препараты для медицинского применения для формирования сводной заявки Иркутской области.

7. Формирует сводную заявку Иркутской области на лекарственные препараты для медицинского применения для обеспечения отдельных категорий граждан на основании утвержденных заявок медицинских организаций для предоставления в Министерство здравоохранения РФ, а также для проведения закупок в установленном законодательством порядке.

8. Предоставляет сводную заявку региона в бюджетных средствах на лекарственные препараты в Министерство здравоохранения РФ.

9. Передает в установленном законодательством порядке в министерство по регулированию контрактной системы в сфере закупок Иркутской области заявку на размещение заказа.

10. Представляет копии государственных контрактов, заключенных с фармацевтическими организациями, аптечному складу.

11. Обеспечивает контроль за назначением лекарственных препаратов для медицинского применения, а также выпиской рецептов на них для отдельных категорий граждан в соответствии с требованиями нормативных актов Министерства здравоохранения РФ.

12. Организует контроль за выполнением поставки в аптечные организации аптечным складом, а также за организацией хранения, отпуска и раздельного учета лекарственных препаратов для медицинского применения.

13. Организует контроль за сроками годности лекарственных препаратов для медицинского применения.

14. Осуществляет контроль за надлежащим исполнением фармацевтическими организациями и аптечным складом государственных контрактов.

15. Проводит ежеквартальный анализ исполнения сводной заявки.

16. Осуществляет мониторинг обеспечения отдельных категорий граждан льготными лекарственными препаратами для медицинского применения.

17. Несет ответственность за организацию обеспечения льготными лекарственными препаратами отдельных категорий граждан.

Медицинские организации.

1. Получают региональный сегмент Федерального регистра лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в части дополнительной бесплатной медицинской помощи, в ТФОМСе и доводят его врачам (фельдшерам), имеющим право на выписку лекарственных препаратов для медицинского применения отдельным категориям граждан.

2. Организуют работу врачей (фельдшеров), имеющих право на выписку лекарственных препаратов для медицинского применения отдельным категориям граждан, по формированию потребности в лекарственных препаратах для медицинского применения на установленный период.

3. Формируют сводную потребность в лекарственных препаратах для медицинского применения на планируемый период, согласовывают с аптечными организациями и представляют ее в региональное министерство.

4. Доводят утвержденную заявку до каждого врача (фельдшера), имеющего право на выписку лекарственных препаратов для медицинского применения отдельным категориям граждан, в разрезе наименований лекарственных препаратов для медицинского применения, форм выпуска, дозировок.

5. Организуют выписку рецептов на лекарственные препараты для медицинского применения отдельным категориям граждан в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденной заявкой с учетом информации соответствующих аптечных организаций об остатках лекарственных препаратов для медицинского применения.

6. Обеспечивают представление оперативной информации о количестве и стоимости выписанных рецептов по состоянию на 1 и 15 числа текущего месяца в министерство Иркутской области и соответствующий филиал ТФОМС.

7. Обеспечивают контроль за обоснованностью назначения лекарственных препаратов для медицинского применения отдельным категориям граждан, правильностью оформления медицинской документации.

8. Несут ответственность за организацию обеспечения льготными лекарственными препаратами для медицинского применения отдельных категорий граждан.

Аптечные организации.

1. Согласовывают потребность медицинских организаций и сводную потребность регионального министерства в лекарственных препаратах для медицинского применения.

2. Осуществляют отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения отдельным категориям граждан по рецептам врача (фельдшера).

3. Обеспечивают внутренний контроль за соблюдением порядка отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения.

4. Определяют персональную ответственность за нарушение настоящего порядка работником аптечной организации в соответствии с действующим законодательством.

5. Обеспечивают ежедневную доступность информации об остатках лекарственных препаратов для медицинского применения для учреждений здравоохранения, в том числе путем размещения на сайте управления организации фармацевтической деятельности, и обеспечения медицинской техникой министерства.

6. Осуществляют компьютеризированный учет отпущенных, поставленных на отсроченное обслуживание и аннулированных льготных рецептов.

7. Ежедневно представляют в министерство Иркутской области и аптечному складу отчеты о рецептах, находящихся на отсроченном обслуживании, с указанием наименований лекарственных препаратов для медицинского применения.

8. Организуют контроль за сроками годности лекарственных препаратов для медицинского применения, информируют министерство и аптечный склад о наличии лекарственных препаратов для медицинского применения с ограниченным сроком годности за четыре месяца до его истечения.

Фармацевтические организации.

1. По результатам торгов заключают с министерством Иркутской области государственные контракты на поставку лекарственных препаратов для медицинского применения в установленные законодательством сроки.

2. Осуществляют своевременную поставку лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с государственными контрактами на аптечный склад.

3. Представляют в министерство для оплаты оформленные документы (товарные накладные, акты приема-передачи и др.) в соответствии с условиями заключенных государственных контрактов.

4. Представляют аптечному складу полный пакет документов, подтверждающий качество лекарственных препаратов для медицин-

ского применения, в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

Аптечный склад.

1. Организует прием лекарственных препаратов для медицинского применения у фармацевтических организаций по количеству и качеству.

2. Обеспечивает хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.

3. Информировывает областное министерство о поставке лекарственных препаратов для медицинского применения фармацевтическими организациями.

4. Представляет в министерство перечень пунктов отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения на момент заключения государственного контракта.

5. Получает от министерства заявки в разрезе наименований лекарственных препаратов для медицинского применения, их дозировок, а также аптечных организаций, в которые будет осуществляться поставка.

6. Обеспечивает поставку лекарственных препаратов для медицинского применения в рамках утвержденных заявок министерства в разрезе аптечных организаций на основании заключенных договоров оказания услуг по приемке, учету, хранению и отпуску лекарственных препаратов для медицинского применения отдельным категориям граждан.

7. Ежедневно представляет информацию в министерство, аптечные организации об имеющихся остатках лекарственных препаратов для медицинского применения.

8. Организует контроль за сроками годности лекарственных препаратов для медицинского применения и информирует министерство о наличии лекарственных препаратов для медицинского применения с ограниченным сроком годности за четыре месяца до его истечения.

9. Организует и осуществляет учет движения лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе персонализированного учета отпущенных лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и лечебного питания.

В рамках программы ВЗН пациентам обеспечивается физическая доступность лекарственных средств на основании утвержденных стандартов лечения. Программа ВЗН разработана для пациентов со следующими заболеваниями: болезнь Гоше, рассеянный склероз,

гипофизарный нанизм, муковисцидоз, гемофилия, хронический миелолейкоз и другие гемобластозы, а также состояние после трансплантации органов и тканей. С 2019 г. перечень заболеваний расширился до 12 нозологий – гемофилия, муковисцидоз, гипофизарный нанизм, болезнь Гоше, ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянный склероз, гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, мукополисахаридоз I, II и VI типов, состояние после трансплантации органов и (или) тканей. Источником финансирования данной программы служит федеральный бюджет страны.

Таким образом, видим, что процесс финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях в России подвергался различным корректировкам начиная с 2005 г.

На сегодняшний день данный процесс имеет сложную и объемную схему реализации обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях, что вызывает различные проблемы на большинстве этапов его исполнения.

Поскольку в Российской Федерации в сфере здравоохранения на лекарственное обеспечение населения приходится значительная доля затрат, Министерством здравоохранения РФ в 2013 г. была утверждена «Стратегия лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 г.» (далее – Стратегия) с целью формирования рациональной и сбалансированной системы лекарственного обеспечения населения с финансовыми ресурсами бюджетов всех уровней для удовлетворения потребностей здравоохранения страны в доступных, качественных и эффективных лекарственных препаратах.

В данном документе отражены основные итоги финансового обеспечения лекарственной политики Министерства здравоохранения РФ и социального развития страны за 2007–2011 гг.

Так, с 2000 г. в России наблюдался устойчивый абсолютный рост совокупных расходов (из государственных источников и личных средств населения) на лекарственные средства в связи с ростом стоимости самих лекарственных препаратов. По итогам 2007 г. объем российского фармацевтического рынка составил около 300 млрд р., увеличившись по сравнению с 2006 г. на 17 %. Общие расходы на лекарственные средства составили около 0,9 % от ВВП. По результатам программы ОНЛС в 2007 г. было отпущено лекарственных средств на сумму 49,894 млрд р.

Расходы различных источников финансирования на лекарственное обеспечение за указанный период возрастали непропорционально. В связи с принятием поправок к Закону № 178-ФЗ в 2005 г. наблюдался резкий рост расходов из государственных источников финансирования, что обусловило фактическое удвоение объема российского фармацевтического рынка за счет реализации программы ОНЛС (ДЛО).

Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием разграничения полномочий» от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ с 1 января 2008 г. была внедрена новая схема лекарственного обеспечения населения. В целях оперативного реагирования на изменения контингента категорий граждан, имеющих льготное обеспечение, принятия управленческих решений, значительная часть полномочий по обеспечению населения лекарственными средствами была возвращена на уровень регионов.

Одновременно с этим в 2008 г. была полностью погашена задолженность (15,5 млрд р.) перед фармацевтическими организациями за отпущенные в 2007 г. лекарственные средства. Это позволило ликвидировать дефицит финансовых средств, который образовался в системе обеспечения лекарственными средствами в 2007 г.

За 2007–2011 гг. были существенно увеличены расходы на лекарственное обеспечение. В 2008 г. объем средств из федерального бюджета составил 30,8 млрд р., в 2011 г. – 46,32 млрд р. Также за указанный период значительно увеличилось финансовое обеспечение закупки лекарственных препаратов по программе ВЗН для лечения высокочувствительных нозологий, в рамках которой больные гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также пациенты после трансплантации органов и (или) тканей получают необходимые лекарства бесплатно. В 2008 г. на данную программу было направлено 33 млрд р., в 2011 г. – 47,92 млрд р.

Общие суммарные расходы на льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан Российской Федерации в амбулаторных условиях за счет средств федерального бюджета составили в 2009 г. 85,7 млрд р., в 2010 г. – 85,8 млрд р., в 2011 г. – 94,24 млрд р.

Анализ реализации региональных программ льготного лекарственного обеспечения в 2009 г. показал, что общий объем затрат бюджетов субъектов Российской Федерации на льготное лекарственное обеспечение составил 19,10 млрд р. Совокупные региональные затраты на амбулаторное лекарственное обеспечение в 2011 г. составили 29,41 млрд р.

Таким образом, по итогам финансового обеспечения лекарственной политики страны, отраженным в Стратегии, за 2007–2012 гг. динамика расходов на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях имеет положительную тенденцию в связи с его ежегодным увеличением.

Анализ финансирования лекарственного обеспечения граждан Российской Федерации в амбулаторных условиях за 2014–2018 гг. представлен ниже¹.

Как показал анализ консолидированного бюджета страны и бюджетов государственных внебюджетных фондов, совокупные расходы государства за анализируемый период выросли на 6 673,0 млн р.

Расходы на сферу здравоохранения консолидированного бюджета страны также имеют тенденцию к росту. За рассматриваемый период они составили 783,2 млн р. (рис. 23). В табл. 44 представлены данные по всем статьям государственных расходов на здравоохранение в 2014–2018 гг.

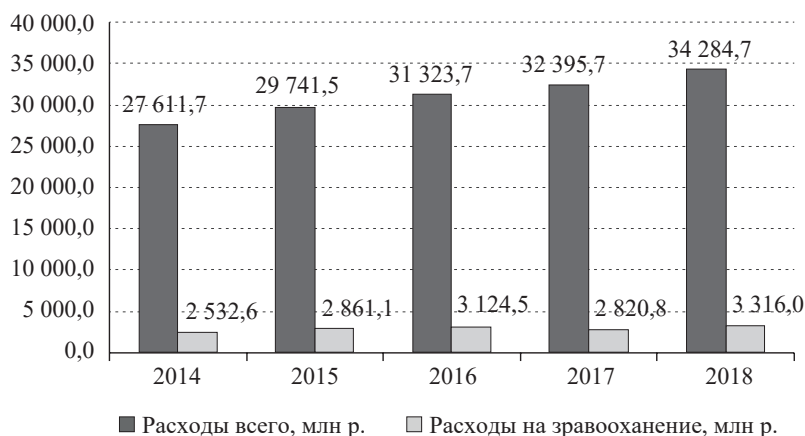


Рис. 23. Динамика расходов на здравоохранение за 2014–2018 гг., млн р.

¹ О федеральном бюджете на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг. : федер. закон РФ от 2 дек. 2013 г. № 349-ФЗ : (изм. от 26 дек. 2014 г.) // СПС «КонсультантПлюс» ; О федеральном бюджете на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. : федер. закон РФ от 1 дек. 2014 г. № 384-ФЗ : (изм. от 28 нояб. 2015 г.) // Там же ; О федеральном бюджете на 2016 г. и на плановый период 2017 и 2018 гг. : федер. закон РФ от 14 дек. 2015 г. № 359-ФЗ : (изм. от 22 нояб. 2016 г.) // Там же ; О федеральном бюджете на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг. : федер. закон РФ от 19 дек. 2016 г. № 415-ФЗ : (изм. от 14 нояб. 2017 г.) // Там же ; О федеральном бюджете на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. : федер. закон РФ от 5 дек. 2017 г. № 362-ФЗ : (изм. от 29 нояб. 2018 г.) // Там же ; Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. URL: <https://www.rosminzdrav.ru>.

Таблица 44

**Объем государственного финансирования здравоохранения
в 2014–2018 гг. по статьям расходов**

№ п/п	Статьи расходов, млн р.	2014	2015	2016	2017	2018	Темп роста 2018– 2014, %
1	Стационарная медицинская помощь	566,7	483,6	495,6	424,1	474,7	83,8
2	Доля (стр. 1 / стр. 19), %	22,4	16,9	15,9	15,0	14,3	—
3	Амбулаторная помощь	189,9	188,6	202,6	260,0	317,3	167,1
4	Доля (стр. 3 / стр. 19), %	7,5	6,6	6,5	9,2	9,6	—
5	Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	1,6	3,1	3,9	4,2	6,4	400,0
6	Доля (стр. 5 / стр. 19), %	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	—
7	Скорая медицинская помощь	6,3	11,4	10,1	14,5	24,1	382,5
8	Доля (стр. 7 / стр. 19), %	0,2	0,4	0,3	0,5	0,7	—
9	Санаторно-оздоровительная помощь	56,5	53,7	52,1	52,3	55,4	98,1
10	Доля (стр. 9 / стр. 19), %	2,2	1,9	1,7	1,9	1,7	—
11	Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	23,1	21,2	22,6	23,2	26,5	114,7
12	Доля (стр. 11 / стр. 19), %	0,9	0,7	0,7	0,8	0,8	—
13	Санитарно-эпидемиологическое благополучие	18,4	19,8	19,2	20,5	30,7	166,8
14	Доля (стр. 13 / стр. 19), %	0,7	0,7	0,6	0,7	0,9	—
15	Прикладные научные исследования в области здравоохранения	18,9	21,5	21,1	21,4	27,1	143,4
16	Доля (стр. 15 / стр. 19), %	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	—
17	Другие вопросы в области здравоохранения	1 651,2	2 058,2	2 297,3	2 000,6	2 353,8	142,6
18	Доля (стр. 17 / стр. 19), %	65,2	71,9	73,5	70,9	71,0	—
19	Расходы в сфере здравоохранения, всего	2 532,6	2 861,1	3 124,5	2 820,8	3 316,0	130,9

Видим, что наибольшую долю занимают расходы по подразделу «Другие вопросы в области здравоохранения», которые за данный период выросли на 702,5 млн р.

По данной статье отражаются расходы на обеспечение деятельности государственных органов власти, учреждений, осуществляющих руководство и управление такими вопросами, как выработка государственной политики, разработка и обеспечение выполнения стандартов для медицинского персонала, больниц, клиник, медпунктов, расходы на разработку программ, планов и бюджетов в сфере здравоохранения, лицензирование, расходы на содержание централизованных бухгалтерий здравоохранения и учреждений по обеспечению деятельности здравоохранения.

По видам медицинской помощи наибольшую долю занимают расходы на стационарную медицинскую помощь, которые за исследуемый период уменьшились на 16,2 %. Сокращение расходов на стационарную помощь объясняют снижением в большей степени расходов на оплату услуг в стационаре, чем уменьшением расходов на приобретение медикаментов для стационарного лечения.

Расходы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях за рассматриваемый период выросли на 127,4 млн р. (67,1 %). По данному подразделу подлежат отражению расходы на обеспечение деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, а также отдельных полномочий в области обеспечения лекарственными препаратами.

Наименьшую долю занимают расходы на медицинскую помощь в дневных стационарах всех типов, которые резко увеличились на 4,8 млн р. (293,6 %).

Анализ финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях за счет средств федерального бюджета за период 2014–2018 гг. показал следующее.

Федеральная программа ОНЛС осуществляется в рамках реализации такого мероприятия, как «Оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов». Финансовое обеспечение осуществляется из федерального бюджета в виде субвенции бюджетам субъектов РФ. На рис. 24 представлены расходы на финансирование данного мероприятия за рассматриваемый период.

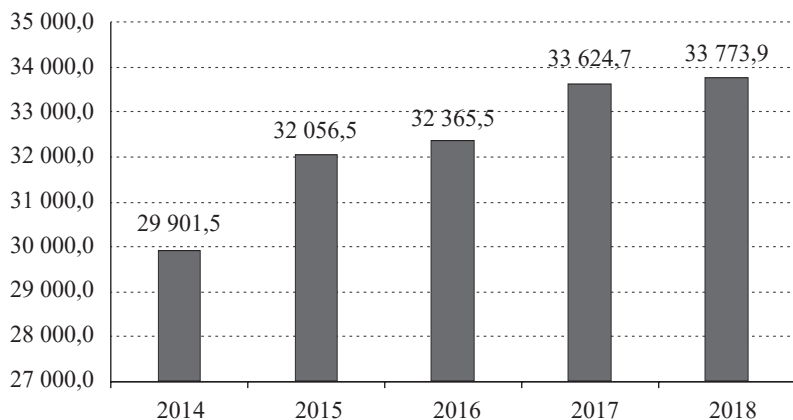


Рис. 24. Динамика расходов на реализацию Программы «Обеспечение необходимыми лекарственными средствами», млн р.

Видим, что за анализируемый период расходы государства по данному мероприятию выросли на 3 872,4 млн р. и составили в 2018 г. 33 773,9 млн р.

Стоит отметить, что размер субвенции, выделяемой бюджетам субъектов РФ, определяется в соответствии с методикой расчета объема средств, предусмотренных на финансовое обеспечение расходов по предоставлению гражданам государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, утвержденной постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2004 г. № 864.

В соответствии с данной методикой объем финансирования расходов по обеспечению граждан лекарственными препаратами (V_n) определяется по формуле:

$$V_n = N_n \cdot C_n \cdot 12,$$

где N_n – норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде обеспечения граждан лекарственными препаратами, устанавливаемый ежегодно Правительством РФ на год, предшествующий очередному году, за исключением 2018 г., в котором применяется норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде обеспечения граждан лекарственными препаратами, утвержденный п. 1 постановления

Правительства РФ от 25 декабря 2017 г. № 1628¹; $Ч_d$ – численность граждан из числа лиц, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, которые по состоянию на 1 октября года, предшествующего очередному году, будут иметь в очередном году право на получение набора социальных услуг в виде социальной услуги по обеспечению граждан лекарственными препаратами.

Расчет норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде обеспечения граждан лекарственными препаратами (N_d), на текущий год определяется по формуле:

$$N_d = (P_d + (P_d \cdot K \cdot 11)) / 12,$$

где P_d – объем средств в месяц на одного гражданина на оплату государственной социальной помощи в виде обеспечения лекарственными препаратами (отражает среднее значение по стране); K – коэффициент индексации ежемесячных денежных выплат, ежегодно определяемый в соответствии с законодательством Российской Федерации; 11 – количество месяцев текущего года, в течение которых учитывается объем средств в месяц на одного гражданина на оплату государственной социальной помощи в виде обеспечения лекарственными препаратами в году, предшествующем текущему году, с учетом индексации, осуществляемой в течение текущего года в порядке и сроки, которые установлены законодательством Российской Федерации для индексации ежемесячных денежных выплат; 12 – общее количество месяцев года.

За период 2014–2018 гг. норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов увеличился. Рост составил 22,7 %, что является положительным моментом в рамках финансового обеспечения изучаемого мероприятия (рис. 25).

¹ Об установлении норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2018 год и внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 864 : постановление Правительства РФ от 25 дек. 2017 г. № 1628 // Правительство РФ : офиц. сайт. URL: <http://government.ru/docs/all/114752>.

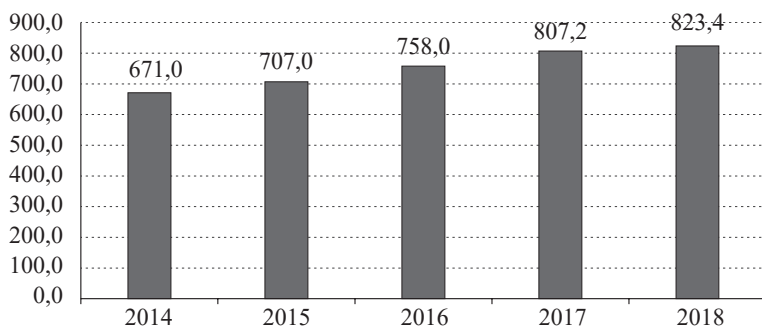


Рис. 25. Динамика норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, р.

Данный норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина устанавливается ежегодно соответствующим постановлением Правительства РФ. До 2018 г. такой норматив устанавливался федеральным законом. Это приводило к долгосрочной разработке норматива финансовых затрат на очередной финансовый год, и могло стать причиной срыва проведения аукционных процедур на закупку лекарственных препаратов в рамках реализации программы ОНЛС.

При этом важно подчеркнуть, что данный норматив – это только основа для расчета субвенции, которая перечисляется в субъекты РФ для финансирования лекарственного обеспечения. Норматив не отражает реальных расходов на одного льготополучателя – это средний показатель: кому-то выделяют лекарственных препаратов и на большую сумму, кому-то вполне достаточно и меньших средств. Имеющиеся проблемы при расчете данного норматива раскрыты в третьем разделе исследования.

Помимо рассмотренного мероприятия в рамках финансирования федеральной программы ОНЛС, государство предоставляет бюджетам субъектов РФ средства в виде иного межбюджетного трансферта на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения.

За период 2014–2018 гг. прослеживаются колебания в финансовом обеспечении данного мероприятия. В общем итоге по состоянию на 2018 г. расходы на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения сократились на 17,7 % (рис. 26).

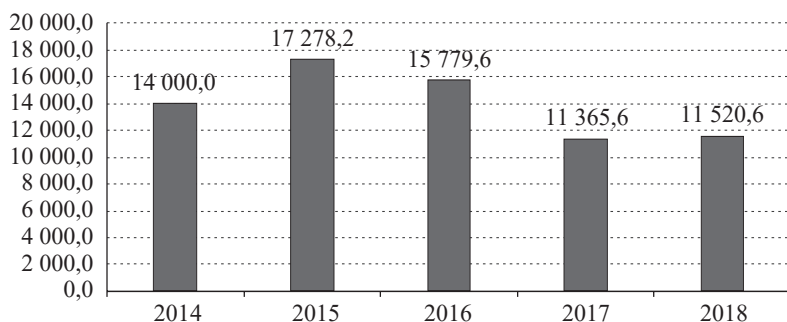


Рис. 26. Динамика расходов на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения, млн р.

В соответствии с постановлением Правительства РФ «О предоставлении из федерального бюджета иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения» от 30 декабря 2010 г. № 1199, размер иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых субъекту РФ или г. Байконуру, определяется по формуле:

$$S_i = E_i \cdot N_f,$$

где S_i – размер иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджету субъекта РФ или бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения; E_i – численность граждан в субъекте РФ или г. Байконуре, которые в году, предшествующем финансовому году, включены в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, которые имеют право на получение государственной социальной помощи в виде социальной услуги в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов и которые не отказались от ее получения в соответствии с Законом № 178-ФЗ¹; N_f – размер иных межбюджетных трансфертов на одно лицо, которое включено в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и которое имеет право на полу-

¹ О государственной социальной помощи : федер. закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ.

чение государственной социальной помощи в виде социальной услуги в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Размер иных межбюджетных трансфертов на одно лицо определяется по формуле:

$$N_f = A_f / K_f,$$

где A_f – размер иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения; K_f – численность граждан РФ, которые в году, предшествующем финансовому году, включены в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, которые имеют право на получение государственной социальной помощи в виде социальной услуги в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов и которые не отказались от ее получения в соответствии с Законом № 178-ФЗ.

Финансовое обеспечение лекарственными средствами при амбулаторной помощи по программе ВЗН предоставляется бюджетам субъектов РФ в виде иного межбюджетного трансферта на осуществление организационных мероприятий по обеспечению лиц лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. Однако в 2018 г. федеральные средства на реализацию данного мероприятия выделялись в виде субсидии на реализацию отдельных мероприятий, которое предполагало софинансирование расходов за счет средств региональных бюджетов.

За период 2014–2017 гг. расходы по данному мероприятию резко сократились – на 1 063,6 млн р. (рис. 27). Такая тенденция связана с экономией бюджетных средств за счет импортозамещения лекарственных препаратов, что оказало достаточно серьезное влияние на сокращение объемов закупок как в стоимостном, так и в натуральном выражении.

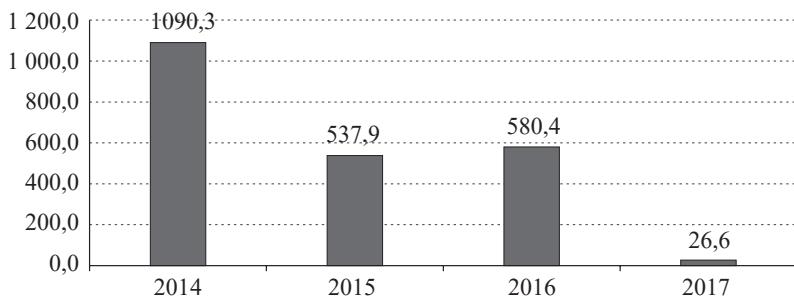


Рис. 27. Динамика расходов по программе высокочастотных нозологий в 2014–2017 гг., млн р.

Политика импортозамещения, активно реализуемая Правительством РФ в последние годы, не отразилась на структуре закупок медикаментов по происхождению. Российские компании утратили свои позиции на рынке в программе ВЗН. За год доля отечественных препаратов из перечня высокочастотных нозологий сократилась на 11,0 % (до 26,8 %) в рублях и на 3,7 % до (24,3 %) в упаковках.

Несмотря на это, стоит отметить, что по некоторым международным непатентованным наименованиям (МНН) происходит заметное переключение на отечественные препараты. Так, например, при закупках МНН Флударабин «предпочтение» было отдано новому препарату «Дарбинес» (производитель «Фармасинтез-Норд») вместо импортного препарата «Флутотера». Доля компании «Фармасинтез-Норд» в поставках Флударабина за первые 6 мес. 2018 г. составила 95,4 % в стоимостном выражении.

Однако в целом из-за сокращения финансирования реализации программы объем закупок как отечественных, так и импортных препаратов снизился. Сокращение количества лекарственных препаратов, производимых в России, было более существенным: –54,8 % в стоимостном и –33,1 % в натуральном выражении. Закупки импортных средств также сократились: –24,9 % в рублях и –18,9 % в упаковках.

В целом по программе льготного лекарственного обеспечения в 2018 г. доля препаратов отечественного производства в натуральном выражении составила 65,6 % против 61,2 % в 2017 г. Зарубежные препараты обладают более высокой стоимостью: одна упаковка препарата импортного производства обходилась государству при закупке в 2 650 р., в то время как российские лекарственные средства стоили в 5 раз дешевле – 525 р. В результате такой значительной разницы в

цене импортные компании опередили отечественные по объему закупок в стоимостном выражении (72,9 % против 27,1 %).

Стоит подчеркнуть, что финансирование лекарственного обеспечения по данному мероприятию производится через систему централизованных закупок лекарственных средств на уровне государства. Субъектам РФ предоставляются средства только на оказание логистических услуг.

Таким образом, в настоящее время за счет средств федерального бюджета финансируется основная часть расходов по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан Российской Федерации в амбулаторных условиях. Финансирование лекарственного обеспечения населения за счет средств федерального бюджета осуществляется в рамках реализации мероприятий по программе ОНЛС, программе ВЗН, а также при реализации отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения.

Проведем сравнительный анализ финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях за счет средств федерального бюджета в разрезе крупных регионов Сибирского федерального округа (СФО) за период 2014–2018 гг.

В рамках предоставления субвенции на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, наблюдается следующая тенденция (рис. 28).

Видим, что среди крупных регионов СФО наибольший объем финансового обеспечения лекарственными средствами в рамках рассматриваемого мероприятия имеет Красноярский край. Расходы данного субъекта РФ за анализируемый период выросли на 158,2 млн р. (14,9 %).

Размер финансирования в Новосибирской области занимает второе место. За 2014–2018 гг. рост расходов на реализацию данного мероприятия в регионе составил 6,8 %.

В Иркутской области также наблюдается положительная динамика роста данных расходов. По итогам изучаемого периода финансирование в данном субъекте СФО увеличилось на 53,5 млн р. (5,6 %).

Среди представленных субъектов СФО наименьший объем средств на реализацию данного мероприятия в рамках лекарственного обеспечения имеет Омская область: рост расходов за рассматриваемый период составил 10,5 %.



Рис. 28. Сравнительный анализ финансирования лекарственного обеспечения в крупных субъектах Сибирского федерального округа за 2014–2018 гг., млн р.

Как известно, для расчета размера субвенции используется единый для всех субъектов норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, который ежегодно устанавливается постановлением Правительства РФ.

Существует проблема, что установленная величина норматива не соответствует реальной потребности в регионах.

Ниже (табл. 45) представлен итог сводных данных по Иркутской области за 2017–2019 гг. в разрезе данных по годовой и месячной потребности в лекарственных средствах и количеству льготополучателей. Также показан рассчитанный объем средств на одного льготополучателя в месяц¹.

¹ Государственный реестр лекарственных средств : офиц. сайт. URL: <http://grls.rosminzdrav.ru>.

Таблица 45

Сводные данные по Иркутской области

Показатель	Год		
	2017	2018	2019
Потребность в год, тыс. р.	801 659,28	806 591,04	816 243,38
Потребность в месяц, тыс. р.	66 804,94	67 215,92	68 020,28
Льготополучатели, чел.	73 041	71 168	68 463
Объем средств в месяц на одного гражданина, р.	914,62	944,47	993,53

Видим, что месячная потребность в лекарственных средствах на одного льготополучателя за 2017–2019 гг. выросла. Количество льготополучателей за рассматриваемый период по Иркутской области снизилось в связи с ростом отказов льготополучателей на предоставление лекарственных препаратов в пользу права на их монетизацию.

Рассчитаем норматив финансовых затрат в месяц (соответственно в 2017, 2018 и 2019 г.) на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами исходя из полученных данных за анализируемый период:

$$N_{\text{л}} = (914,62 + (914,62 \cdot 1,054 \cdot 11)) / 12,$$

$$N_{\text{л}} = 959,89 \text{ р.};$$

$$N_{\text{л}} = (944,47 + (944,47 \cdot 1,025 \cdot 11)) / 12,$$

$$N_{\text{л}} = 966,11 \text{ р.};$$

$$N_{\text{л}} = (993,53 + (993,53 \cdot 1,043 \cdot 11)) / 12,$$

$$N_{\text{л}} = 1\,032,69 \text{ р.}$$

Напомним, что единый норматив для всех субъектов в 2017 г. составил 807,2 р., в 2018 г. – 823,4 р., в 2019 г. – 860,6 р.

Таким образом, на примере Иркутской области видим, что установленный норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, не соответствует реальной потребности.

Стоит отметить, что рассмотреть данный аспект по данным других регионов нет возможности, однако можно предположить, что и в других субъектах РФ имеет место аналогичная ситуация.

Что касается финансирования лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях в рамках предоставления субъектам СФО иных межбюджетных трансфертов на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения, то за период 2014–2018 гг. расходы по данному мероприятию варьировались в разных направлениях, но по итогам конца периода по отношению к началу периода – сократились (рис. 29).

Так, в Красноярском крае совокупный объем финансового обеспечения лекарственными средствами населения по данному мероприятию за пять лет составил 1 918,7 млн р., что имеет наибольший удельный вес в разрезе рассматриваемых регионов СФО. Однако, за период 2014–2018 гг. данные расходы субъекта сократились на 41,9 млн р. (12,3 %).

Общий размер расходов в рамках реализации рассматриваемого мероприятия в Новосибирской области составил 1 427,3 млн р. Также видим, что за анализируемый период данные расходы сократились на 19,8 %.



Рис. 29. Сравнительный анализ расходов на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения в крупных субъектах Сибирского федерального округа за 2014–2018 гг., млн р.

В Иркутской области величина финансирования указанного мероприятия за прошедшие пять лет составила 1 418,6 млн р., при этом сокращение расходов по итогам периода составило 55,9 млн р. (19,1 %).

Наименьший объем финансового обеспечения на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения, исходя из анализа прошедшего периода, в размере 960,7 млн р. имеет Омская область. Расходы данного субъекта СФО уменьшились на 17,8 %.

Финансирование программы ВЗН в крупных субъектах СФО осуществлялось в рамках предоставления иных межбюджетных трансфертов на осуществление организационных мероприятий по обеспечению лиц лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в 2014–2016 гг. В 2017–2018 гг. в большинстве субъектов СФО финансирование программы осуществлялось в виде субсидии на реализацию отдельных мероприятий в области здравоохранения.

На рис. 30 показана динамика расходов на реализацию программы ВЗН в разрезе крупных субъектов СФО за период 2014–2017 гг.

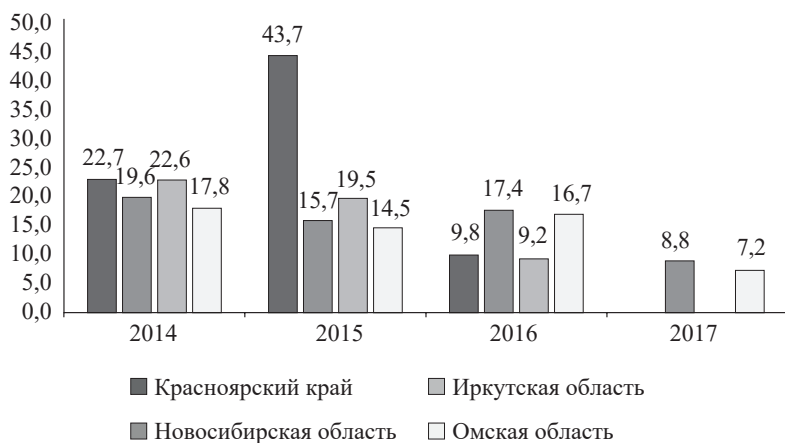


Рис. 30. Сравнительный анализ расходов на реализацию программы высокотратных нозологий в крупных субъектах Сибирского федерального округа в 2014–2017 гг., млн р.

Стоит заметить, что за рассматриваемый период финансирование программы ВНЗ существенно снизилось.

Так, в Новосибирской области за период 2014–2016 гг. сокращение данных расходов составило 12,9 млн р. (56,8 %).

Финансовое обеспечение лекарственными средствами отдельных граждан в Омской области в 2017 г. по отношению к 2014 г. уменьшилось на 55,1 %.

Сокращение анализируемых расходов в Красноярском крае за рассматриваемый период составило 40,5 млн р. (59,5 %).

В Иркутской области данная тенденция сохранилась, сокращение расходов на реализацию программы ВНЗ составило 59,5 %.

Таким образом, проанализировав финансирование лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, подведем следующие итоги:

1. В Российской Федерации финансирование лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях является отдельным направлением в сфере здравоохранения.

В современной литературе не представлена схема взаимодействия участников системы финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий в амбулаторных условиях, поэтому возникла необходимость в ее разработке.

Представленная схема очень сложна, в ней задействовано огромное количество участников, таких как органы государственной власти, ТФОМС, медицинские организации, фармацевтические организации, аптечные склады, аптечные организации и т.д.

2. Значительная часть расходов государства на финансирование лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях приходится на средства федерального бюджета.

Основная доля средств федерального бюджета идет на реализацию мероприятия «Оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов». Эти средства предоставляются в виде субвенции бюджетам субъектов РФ. Расходы на реализацию данного мероприятия в динамике растут.

Для расчета указанной субвенции применяется единый для всех субъектов РФ норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами,

медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, который в динамике за период с 2014 по 2019 г. увеличился.

3. В настоящее время существует проблема несоответствия указанного выше норматива реальной потребности в регионах. Для подтверждения данной проблемы в исследовании представлен свод по заявленной потребности в лекарственных препаратах на примере муниципальных образований Иркутской области за 2017–2019 гг., собраны общие данные по Иркутской области в целом. Предложения по решению указанной проблемы изложены в следующей части исследования.

5.3. Проблемы и направления совершенствования финансирования лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях

В сложившейся системе финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях существует ряд проблем, обусловленных различными факторами, и ряд возможностей для совершенствования национальной лекарственной политики.

Для совершенствования системы финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях необходимо рассмотреть актуальные проблемы данной системы.

Как известно, одним из пунктов реализации федеральной программы ОНЛС в стране является совмещение модели финансирования отдельных категорий граждан лекарственными препаратами по числу участников с принципом свободного выхода из программы (вступившим в действие в 2006 г.). Указанное действие вызвало нарушение финансовой устойчивости программы, объясняемое действием правила неблагоприятного отбора участников.

Закрепленная в законе возможность получения денежной компенсации позволяет льготнику выбирать экономически выгодную для него стратегию, что не могло не сказаться на бюджете программы. Уже в 2006 г. немногим меньше половины (46 %) льготников «проголосовали» за выход из нее, что вызвало лавинообразное сокращение ресурсов, тогда как расходы на лечение оставшихся участников не только не сократились, но даже возросли (с 46 до 74,5 млрд р.).

Подобный результат стал тем неожиданной, чем менее очевидной была модель финансирования программы, участниками кото-

рой становились лишь некоторые категории населения, количество, состав и, главное, медикаментозные потребности которых, не были четко определены.

Причины выхода из системы натуральных социальных льгот во всех регионах Российской Федерации абсолютно одинаковы:

- желание получить денежные средства в ситуации, когда стоимость необходимых препаратов меньше, чем стоимость социального пакета;

- мнение получателя, что он с большей пользой для себя сможет распорядиться денежными средствами;

- несовершенство процедуры выписки рецептов;

- замена ранее подобранных препаратов более дешевыми аналогами;

- исключение из перечня дорогостоящих препаратов;

- невозможность своевременно получить выписанное лекарственное средство в аптечной сети.

В результате, методологический просчет, допущенный при разработке данной программы лекарственного обеспечения, позволяющий гражданам – получателям федеральной льготы, выходить из программы, разрушила страховой принцип, на котором изначально была построена программа ОНЛС. Граждане, не нуждающиеся в помощи государства в приобретении лекарственных средств, забрав денежные средства и выйдя из программы, ухудшили финансовые риски и повысили убыточность системы. Это значит, что риски «низкого качества», оставшиеся в программе, стали требовать более высокого подушевого норматива финансирования. Однако конструкция такова, что при увеличении финансирования натуральной части льготы необходимо увеличивать ее монетизируемую часть.

Программа была обречена на переход от страхового к «ручному», административному управлению. Что и произошло с программой ВЗН. В 2008 г. она «отпочковалась» от общей системы ОНЛС (ДЛО). Пациентам в рамках этой программы обеспечивается физическая доступность лекарственных средств на основании утвержденных стандартов лечения. Переход к «ручному» управлению обеспечения лекарственной доступности был вынужденной, но весьма эффективной мерой.

Сложившаяся проблема и по сей день имеет актуальность. По итогам 2018 г. в России почти 76 % льготников отказались от бесплатного лекарственного обеспечения, выбрав монетизацию льготы. Напомним, что в 2018 г. ежемесячная стоимость набора социальных

услуг составляла 1 075 р., из которых на обеспечение необходимыми медикаментами предусмотрено 828 р. Всего в 2018 г. на монетизацию данной льготы, по данным Министерства здравоохранения РФ, было направлено 118 млрд р. По словам заместителя министра здравоохранения РФ, таким образом «нарушается страховой принцип предоставления лекарств», что приводит к дефициту средств на закупку медикаментов для остальных льготников.

Кроме того, как следствие, возникает другая проблема. Суть ее заключается в том, что некоторые получатели льгот являются одновременно федеральными и региональными льготниками. Выйдя из программы ОНЛС в режиме монетизации, эти граждане получают льготные рецепты в соответствии с постановлением Правительства № 890, которые подлежат компенсации за счет средств бюджетов субъектов Федерации.

Вместо перераспределения финансовой нагрузки по обеспечению лекарственными средствами льготных категорий граждан происходит увеличение потребности финансирования по двум бюджетным уровням: сокращение количества оставшихся в программе ОНЛС приводит к росту финансирования программы, переход в статус региональных льготников увеличивает нагрузку на региональные бюджеты.

Следующая проблема была затронута и подтверждена ранее в исследовании на примере Иркутской области. Суть ее состоит в том, что установленный постановлением Правительства РФ размер норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, используемый для расчета финансового обеспечения программы ОНЛС в виде субвенции, не соответствует реальной месячной потребности в лекарственных препаратах.

Единый для регионов норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина отражает нечто среднее по стране в целом, не учитывая отдельные особенности каждого субъекта РФ: территориальная расположенность, стоимость логистических услуг, виды и степень сложности заболеваний, демографические показатели и т.д.

Фактические затраты на одного пациента могут быть как больше, так и меньше заложенной суммы, а медицинский врач при назначении лекарственных препаратов руководствуется не нормативами, а медицинскими показаниями, диагнозом пациента и перечнями лекарственных средств, отпускаемых льготополучателям. В итоге по-

лучается следующий принцип: если кому-то из льготополучателей необходим лекарственный препарат на сумму сверх норматива, то это происходит за счет других таких же льготополучателей, которым необходим препарат по сумме ниже норматива.

Четвертая проблема заключается в планировании в государственных программах лекарственного обеспечения.

Существующее качество организации работы по ведению реестров пациентов и учету их потребностей в лекарственных средствах, разобщенность различных участников в системе здравоохранения приводит к низкому качеству планирования потребности в лекарственном обеспечении и формирования заявок на государственные закупки. Результатом является формирование остатков лекарственных препаратов в сегменте ОНЛС и ВЗН. Некоторые субъекты сформировали товарные остатки, превышающие шести- и даже девятимесячную потребность в препаратах. Весьма значительны остатки лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности.

Низкое качество управления товарными запасами усугубляется невозможностью централизованного управления или организации обмена товарными остатками между субъектами Российской Федерации.

К слову, в некоторых субъектах Российской Федерации существует проблема в организации лекарственного обеспечения, а именно – отсутствие на амбулаторном этапе лечения утвержденных стандартов оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях. Так, в Иркутской области, по данным проверки Контрольно-счетной палаты региона, было выявлено, что на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения стандарты оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях до настоящего времени не утверждены, обеспечение лекарственными препаратами по этим заболеваниям осуществляется при отсутствии утвержденного стандарта. По пояснению минздрава области назначение лекарственных препаратов в данных случаях производилось медицинскими работниками в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата.

Между тем стандарты медицинской помощи содержат перечень лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию, а также указание средних доз применения лекарственного средства, что позволяет формировать заявки медицинских организаций на приобретение препаратов с учетом индивидуальных особенностей пациентов. Отсутствие утвержденных стандартов создает проблемы при организации льготного лекарственного обеспечения.

Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями осуществляется по рецептам. Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядок оформления указанных бланков, их учета и хранения утвержден приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 № 1175н (далее – Приказ Минздрава России № 1175н). Согласно п. 34 указанного приказа, назначение и выписывание лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, при оказании им первичной медико-санитарной помощи осуществляется медицинским работником в случаях типичного течения заболевания пациента исходя из тяжести и характера заболевания в соответствии с утвержденными в установленном порядке стандартами медицинской помощи.

Не всегда соблюдаются нормы Приказа Минздрава России № 1175н, согласно которым рецепты на лекарственные препараты действительны в течение одного месяца со дня выписывания, рецепты на лекарственные препараты, выписанные гражданам пенсионного возраста, инвалидам I группы и детям-инвалидам действительны в течение трех месяцев со дня выписывания. Для лечения хронических заболеваний указанным категориям граждан рецепты на лекарственные препараты могут выписываться на курс лечения до трех месяцев.

При проведении проверки был выявлен случай, а именно, при нетипичном течении заболевания больному С. (9 лет) в 2014 г. лекарственный препарат Циклоспорин выписывался ориентировочно на трехмесячный курс лечения. Так, 14 февраля 2014 г. врачом был выписан рецепт на получение шести упаковок, 27 февраля 2014 г. – шести упаковок, 25 февраля 2014 г. – пяти упаковок. Согласно этапному эпикризу (без номера и даты) в течение года доза и частота приема назначаемого препарата неоднократно менялась и с 30 января 2015 г. препарат отменен. Исходя из указанных назначений потребность в данном препарате за период с 14 февраля 2014 г. по 29 января 2015 г. составила 16 упаковок, фактически на данный курс лечения больным было получено по выписанным рецептам 17 упаковок.

Таким образом, у больного С. отпала необходимость в применении одной упаковки препарата стоимостью 2 681,1 р. из пяти выписанных по рецепту № 25-14 58502429 и полученных больным 25 февраля 2014 г. в связи со снижением дозы и частоты применения препарата, а также полной отмены данного препарата больному С. с

30 января 2015 г. Средства в сумме 2 681,1 р. использованы без соблюдения принципа эффективности (ст. 34 БК РФ).

Кроме того, существует проблема в отсутствии четкой организации процесса закупок, поставок и отпуска льготных лекарственных средств, что нарушает бесперебойность и своевременность обеспечения ими отдельных категорий граждан.

В начале каждого года в регионах складываются критические ситуации с обеспечением лекарственными препаратами федеральных льготополучателей: средства из федерального бюджета приходят с опозданием и дробными частями (в среднем по 4 раза в год). После этого проводятся нередко длительные конкурсные процедуры по Федеральному закону «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ.

Стоит отметить, что выделение дополнительных федеральных финансовых средств в конце текущего года по программе ОНЛС (в связи с увеличением количества граждан в регистре в течение года) приводит к невозможности освоения дополнительно выделенных финансовых средств в текущем году по причине длительности проведения закупок лекарственных препаратов. В связи с этим оставшиеся средства на конец текущего года подлежат возврату в федеральный бюджет.

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы.

Сложившаяся система финансирования лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях требует совершенствования. Несмотря на рост объемов государственных затрат, ситуация с доступностью лекарственных средств для льготных категорий граждан, рациональностью распределения лекарств, эффективностью расходования средств субъектами РФ имеет неудовлетворительную оценку.

Нормативные документы, регулирующие перечисленные аспекты, не предусматривают эффективного контроля за деятельностью всех участников системы финансирования лекарственного обеспечения. Отсутствуют необходимые нормативные документы, регулирующие контроль за обоснованностью назначений и стимулирующие рациональность выписки препаратов в амбулаторно-поликлиническом звене.

Система финансирования лекарственного обеспечения в Российской Федерации – неструктурированный, научно и экономически необоснованный, неэффективный механизм, дискредитирующий основополагающие принципы функционирования социального государства, коим себя позиционирует Россия на современном этапе развития.

Для достижения доступной, эффективной и рациональной системы финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях необходимо усовершенствовать существующую систему по следующим основным направлениям.

Во-первых, для решения проблемы несоответствия реальной месячной потребности в лекарственных препаратах субъектов РФ установленному нормативу финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, предлагаем для каждого субъекта РФ данный норматив корректировать на коэффициент дифференциации по регионам, уровень рождаемости и уровень смертности в регионе.

Предложенный коэффициент дифференциации рассчитывается для каждого субъекта РФ по следующим данным:

$$K_d = P_c / P_n,$$

где P_c – реальный объем средств в месяц на одного гражданина на оплату государственной социальной помощи в виде обеспечения лекарственными препаратами субъекта РФ; P_n – объем средств в месяц на одного гражданина на оплату государственной социальной помощи в виде обеспечения лекарственными препаратами, применяемый в расчете норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина.

Тогда расчет норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде обеспечения граждан лекарственными препаратами, на текущий год будет определяться по формуле:

$$N_{n1} = N_n \cdot K_d \cdot K_{k1} \cdot K_{k2}.$$

Рассчитанный норматив должен учитывать уровень рождаемости и уровень смертности в регионе, поскольку данные показатели являются важной медико-демографической характеристикой, оказывающей влияние на систему лекарственного обеспечения в стране. Поэтому введем корректирующие коэффициенты на основе критериев оценки медико-демографических показателей по шкале ВОЗ (на 1 000 населения) (табл. 46).

Таблица 46

Корректирующие коэффициенты

Уровень	Рождаемость	$K_{к1}$	Смертность	$K_{к2}$
Низкий	< 15,0	1,3	< 9,0	1,1
Средний	15,0–24,9	1,2	9,0–14,9	1,2
Высокий	≥ 25,0	1,1	≥ 15,0	1,3

Ниже представлены данные с официального сайта Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области (далее – Иркутскстат) за 2017–2019 гг. (табл. 47).

Таблица 47

Медико-демографические показатели в Иркутской области
за 2017–2019 гг. (на 1 000 населения)

Показатели	2015	2016	2017	2018	2019
Рождаемость, промилле	16,4	16,0	14,6	13,9	14,2
Смертность, промилле	11,8	11,1	10,8	10,8	10,9
Естественный прирост	+4,6	+4,9	+3,8	+3,1	+3,3

Демографическая ситуация в Иркутской области за последние пять лет показана на рис. 31.



Рис. 31. Естественное движение населения в Иркутской области в 2015–2019 гг.

Видим, что после 2015 г. рождаемость стала снижаться, а смертность практически прекратила падение, следовательно, уменьшился прирост населения.

В соответствии со шкалой ВОЗ уровень рождаемости в Иркутской области следует расценить как низкий, а смертности – как средний.

На основании данных по Иркутской области произведем расчет норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде обеспечения граждан лекарственными препаратами (соответственно на 2017, 2018 и 2019 г.):

$$\begin{aligned}K_d &= 914,62 / 769,12 = 1,18918, \\N_{л1} &= 807,2 \cdot 1,18918 \cdot 1,3 \cdot 1,2 = 1\,497,5 \text{ р.}; \\K_d &= 944,47 / 804,95 = 1,17333, \\N_{л1} &= 823,4 \cdot 1,17333 \cdot 1,3 \cdot 1,2 = 1\,507,1 \text{ р.}; \\K_d &= 993,53 / 827,96 = 1,19997, \\N_{л1} &= 860,6 \cdot 1,19997 \cdot 1,3 \cdot 1,2 = 1\,611,0 \text{ р.}\end{aligned}$$

Данная корректировка установленного норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина на коэффициент дифференциации (K_d) и корректирующие коэффициенты учитывают территориальную особенность Иркутской области, а также такие важные медико-демографические характеристики, как уровень рождаемости и уровень смертности в регионе, отражают реальную месячную потребность в лекарственных препаратах субъекта.

Стоит отметить, что у авторов отсутствует возможность рассмотрения применения указанных выше предложений на примере других субъектов Российской Федерации, поскольку необходимых данных нет в открытом доступе.

Кроме того, в целях обеспечения социальной справедливости и исключения получения одной и той же меры социальной поддержки по нескольким основаниям, предлагается создать систему единого перекрестного персонального учета региональных и федеральных льготополучателей, закреплённую в федеральном нормативно-правовом акте, которая позволит четко разграничить льготное лекарственное обеспечение граждан за счет федерального бюджета и за счет средств бюджета региона.

Напомним, что, например, инвалиды, дети-инвалиды, блокадники, участники и ветераны войн, «чернобыльцы» и «семипалатинцы»

имеют право на получение социальной услуги по лекарственному обеспечению по двум основаниям и из двух источников финансирования: федерального бюджета (ст. 4.1 Закона № 178-ФЗ) и по региональной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (постановление Правительства РФ № 890). Однако ветераны войны и труда, многодетные и малоимущие семьи, а также беременные женщины и безработные имеют право на дополнительные льготы на получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения только за счет региональной программы помощи гражданам (абз. 4 п. 5 постановления Правительства РФ № 890). При этом в случае отказа от получения лекарственных средств по федеральной программе в пользу денежной выплаты федеральные льготники полностью получают необходимые лекарства за счет средств регионального бюджета. Это уменьшает объем финансирования лекарственного обеспечения граждан, которые не имеют права на предоставление набора социальных услуг или денежной компенсации, и обеспечиваются бесплатными лекарствами только за счет средств регионального бюджета.

В связи со сказанным предлагается на федеральном уровне государства рассмотреть вопрос либо об отмене монетизации льготы на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях, установленной Законом № 323-ФЗ, либо обеспечить полное и устойчивое финансирование федеральной программы обеспечения лекарственными средствами льготополучателей в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Данные мероприятия направлены на решение проблемы эффективного расходования бюджетных средств в рамках системы льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях.

Также в целях обеспечения рационального назначения и использования лекарственных средств предлагается внести изменения в действующую в стране систему рационального использования лекарственных средств на основе принципов доказательной медицины и оценки медицинских технологий.

Существующая система рационального использования лекарственных средств направлена на снижение рисков, связанных с неправильным или чрезмерным назначением лекарств врачами или некорректным отпуском препарата в аптечных организациях, с неправильным приемом лекарств пациентами, чрезмерным ростом финансовой нагрузки на систему лекарственного обеспечения.

Основным инструментом рационального использования лекарственных средств является эффективная система стандартизации в здравоохранении, основанная на принципах доказательной медицины и включающая в себя набор обязательных стандартов, требований разного уровня и детализации к оказанию медицинской помощи на всех ее этапах, в которую на данный момент входят:

1. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (составленный по МНН), фиксирующий минимум, который государство обеспечивает в качестве гарантированной лекарственной помощи.

2. Протоколы ведения больных, определяющие общие требования к медицинской помощи больному при отдельных заболеваниях, включая формулярные статьи на лекарственные препараты.

Предлагается дополнить существующую систему следующими пунктами:

1. Стандартами медицинской помощи, в которых определен набор лекарственных средств, рекомендованных для оказания качественной медицинской помощи при том или ином заболевании. Внедрение стандартов медицинской помощи создаст условия для контроля за рациональным использованием лекарственных средств на основе оценки качества и эффективности оказания медицинской помощи при соблюдении принципа максимального терапевтического эффекта наиболее безопасным и социально-эффективным путем.

2. Стандарты медицинской помощи, представляющие собой формализованное описание гарантированного объема медицинской помощи, оказание которой должно быть обеспечено пациенту с конкретным заболеванием или в конкретной клинической ситуации с количественными характеристиками медицинских технологий (частота предоставления услуг, среднее количество их назначений на законченный случай лечения), включая дозы, количество лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Стандарты медицинской помощи разрабатываются с учетом реально необходимых затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от различных территорий.

Важнейшими условиями функционирования системы рационального использования лекарственных средств являются контроль за соблюдением обязательного характера стандартов и обеспечение объективной, независимой экспертизы включения лекарственных средств в них, основанной на данных сравнительной оценки социально-экономической эффективности различных медицинских технологий.

Исходя из этого, основными приоритетами совершенствования системы рационального использования лекарственных средств в долгосрочной перспективе должны стать:

- развитие механизмов государственного и профессионального контроля за соблюдением стандартов в текущей врачебной практике на всех уровнях системы здравоохранения Российской Федерации, в том числе путем создания в каждой медицинской организации структурного подразделения с функциями контроля качества предоставления медицинской помощи;

- обеспечение независимой экспертизы процесса разработки и изменения стандартов: расширение участия профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, научных обществ в создании и пересмотре стандартов, а в перспективе – разработка механизмов передачи функций по формированию стандартов саморегулируемым врачебным организациям, несущим ответственность за их качество и контролирующим их соблюдение врачами, с сохранением за уполномоченным государственным органом функций по экспертизе и утверждению стандартов;

- обучение медицинских и фармацевтических специалистов рациональному использованию лекарственных средств (расширение курсов по данной теме в стандартах высшего, среднего и последипломного образования врачей и фармацевтов и т.д.);

- введение системы электронных назначений лекарственных средств (в рамках электронных историй болезни и амбулаторных карт) с возможностью их интеграции с системами поддержки принятия решений в области рациональной фармакотерапии (автоматическая проверка правильности назначенного режима дозирования, прогнозирование межлекарственных взаимодействий, автоматическая проверка на наличие показаний и противопоказаний и т.д.).

Указанные предложения позволят улучшить ситуацию рационального и эффективного использования средств, выделенных на финансирование лекарственного обеспечения льготных категорий граждан в амбулаторных условиях.

Для решения проблемы позднего поступления средств из федерального бюджета и, как следствие, несвоевременного обеспечения граждан лекарственными препаратами в связи с их отсутствием, а также проблемы с отсутствием возможности освоения дополнительно выделенных средств в конце года, предлагается выделить средства на реализацию мероприятия ОНЛС в рамках федерального закона

«О федеральном бюджете на текущий год и на плановый период». Таким образом, федеральные средства будут предусмотрены в региональных законах о бюджете и поступят в субъекты РФ в начале года.

Касательно имеющейся в субъектах РФ проблемы наличия на конец года значительных остатков лекарственных препаратов (по отдельным наименованиям – в размере полугодового или годового расхода), которая свидетельствует о недостатках при формировании потребности и управлении товарными запасами, а также необоснованном отвлечении средств на закупку данных лекарственных препаратов, предлагается органам государственной власти принять действенные организационно-распорядительные меры, направленные на улучшение организации льготного лекарственного обеспечения граждан.

Рекомендуется ежеквартальное проведение анализа номенклатуры остатков лекарственных препаратов, которые необходимо учитывать при закупке лекарственных препаратов на текущий и следующий годы. Повысить качество распределения лекарственных препаратов, усилить контроль за порядком выписки рецептов, составлением заявок медицинскими организациями и достоверным определением потребности.

Таким образом, рассмотрев возможные пути совершенствования финансирования лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях, отметим, что такие аспекты, как выработка предложений по более эффективному освоению бюджетных средств, повышение качества планирования расходов на лекарственное обеспечение льготных категорий граждан, в частности предложение по корректировке расчета норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, усиление внутреннего финансового контроля за соблюдением бюджетного и иного законодательства при использовании бюджетных средств на лекарственное обеспечение населения, позволят решить проблемы с доступностью, рациональностью и эффективностью расходования бюджетных средств на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование теоретических и практических аспектов финансирования здравоохранения в России позволяет сделать следующие выводы.

Исследование в первой главе «Развитие теории финансов здравоохранения» правовых и организационно-экономических основ функционирования здравоохранения в России показало, что наибольший удельный вес занимают государственные медицинские учреждения, хотя значительный потенциал имеется у частной системы здравоохранения.

В работе сформулировано понятие финансов здравоохранения, выделены элементы финансового механизма системы здравоохранения, определены особенности финансов этой отрасли, а также место финансов здравоохранения в финансовой системе страны.

Во второй главе «Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в Российской Федерации» дается характеристика основных моделей финансирования здравоохранения в мире, сделан вывод, что в России реализована не бюджетно-страховая модель, а фактически бюджетная.

Более глубоко представлен анализ финансирования медицинских услуг в разрезе источников их финансирования с учетом функционирования одноканальной модели и перекрестного финансирования в здравоохранении.

В третьей главе «Анализ источников и механизма финансирования системы здравоохранения Иркутской области» представлены результаты анализа финансирования ТППГ и оценки эффективности программно-целевого бюджетирования в здравоохранении региона.

В четвертой главе «Учреждения здравоохранения Иркутской области: финансовое обеспечение и оценка эффективности» анализируется финансовое обеспечение учреждений здравоохранения Иркутской области. Как показал анализ, учреждения имеют структуру расходов, характерную для организаций, осуществляющих услуги.

Оценка эффективности их деятельности проведена на основе предложенной авторами методики экспресс-оценки финансового состояния учреждений на примере районных больниц региона.

Пятая глава «Финансирование лекарственного обеспечения в России» посвящена теоретическим и практическим аспектам финансирования лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях и проблемам и направлениям совершенствования финансирования лекарственного обеспечения в России.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеева Е.В. Финансирование национальных систем здравоохранения: поиск новых подходов / Е.В. Агеева // Экономика и предпринимательство. – 2018. – № 3 (92). – С. 1276–1281.

2. Арбатская Ю.В. Нецелевое расходование бюджетных средств: криминологическая и уголовно-правовая характеристика / Ю.В. Арбатская, Н.В. Васильева, А.А. Христюк // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. – 2014. – № 4. – С. 104–113. – DOI: 10.17150/1996-7756.2014.8(4).104-113.

3. Березкин Ю.М. Два подхода к пониманию финансового механизма: учетно-финансовый и финансово-инженерный / Ю.М. Березкин // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2012. – № 2 (82). – С. 27–32.

4. Браун-Грачева Ю.В. Медицинское страхование в США. Идти ли России путем, ведущим в тупик? / Ю.В. Браун-Грачева // Страхование дело. – 2003. – № 6. – С. 37–43.

5. Вахрушина М.А. Управленческий учет деятельности медицинских (муниципальных) учреждений: перспектива или реальность? / М.А. Вахрушина // Международный бухгалтерский учет. – 2015. – № 43 (385). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlencheskiy-uchet-deyatelnosti-meditsinskih-munitsipalnyh-uchrezhdeniy-perspektiva-ili-realnost> (дата обращения: 15.12.2021).

6. Внукова В.А. Лекарственное обеспечение льготных категорий граждан. Правовой анализ / В.А. Внукова // Вестник Белгородского университета потребительской кооперации. – 2006. – № 3. – С. 304–308.

7. Дзюба С.Д. Разработка основных направлений государственной политики в сфере здравоохранения в Российской Федерации / С.Д. Дзюба, Л.Г. Соколова // Актуальные вопросы науки и практики XXI в.: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. – 2016. – С. 61–67.

8. Дудник В.Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) / В.Ю. Дудник // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3, ч. 1. – С. 60–64.

9. Иваницкий В.П. Формирование и развитие финансового механизма на основе распределения денежных накоплений промышленности: теория и методология / В.П. Иваницкий. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1984. – 194 с.

10. Ковалев С.П. Особенности регулирования рынка целевых капиталов в России и за рубежом на современном этапе / С.П. Ковалев, К.Е. Лукичев // Актуальные проблемы и перспективы развития государственного и муниципального управления: сб. научных статей, подготовленный в рамках III Междунар. науч.-практ. конф. (1–2 декабря 2015 г.); под ред. С.Е. Прокофьева, О.В. Паниной, С.Г. Еремина. – Москва : Юсти-цинформ, 2016. – № 1. – С. 144–146.

11. Ковалев С.П. Финансово-экономическая модель системы здравоохранения при переходе к цифровому государству: дисс. ... д-ра экон. наук: 08.00.05 / С.П. Ковалев. – Москва : РАНХиГС, 2018. – 497 с.

12. Колоцей И.А. Конституционные основы правового регулирования лекарственного обеспечения / И.А. Колоцей // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Сер.: Гуманитарные и социальные науки. – 2009. – № 2. – С. 71–74.

13. Копилевич В.В. Социально ориентированная бюджетно-страховая модель финансирования лекарственного обеспечения в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. экон. наук / В.В. Копилевич. – Томск, 2012. – 28 с.

14. Кривенко Н.В. Эффективность финансирования здравоохранения для обеспечения экономической безопасности региона / Н.В. Кривенко, А.И. Цветков // Экономика региона. – 2018. – Т. 14, № 3. – С. 970–986. – DOI: 10.17059/2018-3-20.

15. Крохина Ю.А. Финансовое право России : учебник / Ю.А. Крохина. – Москва : Норма, 2015. – 720 с.

16. Кулижская Ж.С. Проблемы определения достаточного уровня финансирования здравоохранения в РФ / Ж.С. Кулижская, А.В. Леванчук // Аюшиевские чтения. Финансово-кредитная система: опыт, проблемы, инновации : материалы междунар. науч.-практ. конф., 75-й ежегодной науч. конф. профессорско-преподавательского состава и докторантов, 27-й науч. конф. аспирантов и 77-й науч. конф. студентов и магистрантов (секция финансово-экономического факультета). В 2 т. 2016. – С. 40–47.

17. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для медиц. вузов / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

18. Макаровичина М.В. Влияние способов финансирования региональной системы здравоохранения на методические подходы к расчету стоимости медицинской услуги / М.В. Макаровичина // Интеллектуальный и научный потенциал XXI века : сб. статей междунар. науч.-практ. конф. В 4 ч. 2017. – С. 144–152.

19. Макаровичина М.В. Становление и развитие государственной системы управления здравоохранением в России / М.В. Макаровичина // Проблемы организации органов государственной власти и местного самоуправления: история, теория, практика и перспективы : материалы междунар. науч.-практ. конф., 2015. – С. 235–245.

20. Миронова Т.К. Право на лекарственную помощь и лекарственное обеспечение / Т.К. Миронова // Вопросы российского и международного права. – 2016. – № 5. – С. 97–112.

21. Нагребцкий А. Здравоохранение Австрии, или что такое современная европейская медицина / А. Нагребцкий // Здоровье Украины. – 2009. – № 8. – С. 25–29.

22. Особенности государственного финансирования здравоохранения в условиях реформирования экономики : монография / Н.И. Яшина, К.С. Яшин, Е.С. Малышева и др. – Нижний Новгород : Изд-во Радонеж, 2019. – 112 с.

23. Пессель М.А. Финансово-кредитный механизм интенсификации общественного производства / М.А. Пессель. – Москва : Финансы, 1977. – 224 с.

24. Пикулова Н.В. Некоторые аспекты определения эффективности в здравоохранении / Н.В. Пикулова, Л.В. Гуляева // Модернизация экономики и образовательной системы сибирских регионов : материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, 2011. – С. 81–86.

25. Подвизникова М.В. Правовое регулирование лекарственной помощи в системе социального обеспечения : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / М.В. Подвизникова. – Екатеринбург, 2015. – 26 с.

26. Ровинский Н.Н. Государственный бюджет СССР : учебник / Н.Н. Ровинский. – Москва : Госфиниздат, 1944. – 385 с.

27. Русакова О.И. Модернизация системы обязательного медицинского страхования в Байкальском регионе / О.И. Русакова // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2010. – № 6. – URL: <http://brj-bguerp.ru/reader/article.aspx?id=13943> (дата обращения: 14.09.2020).

28. Самаруха В.И. Развитие финансового механизма корпорации в условиях риска и неопределенности / В.И. Самаруха, Н.С. Пермякова. – Иркутск : Изд-во ИГЭА, 2001. – 110 с.

29. Семашко Н.А. Избранные произведения / Н.А. Семашко. – Москва : Медгиз, 1954. – 339 с.

30. Соколова Л.Г. Здравоохранение как социально-экономическая система / Л. Г. Соколова, М.В. Макаровичина // Публичное управление и территориальное развитие: новые тенденции и перспективы : материалы ежегодной междунар. науч.-практ. конф., 2016. – С. 51–62.

31. Соколова Э.Д. Правовое регулирование финансовой деятельности государства и муниципальных образований : учебник / Э.Д. Соколова. – Москва : Юриспруденция, 2016. – 161 с.

32. Сорокина Т.В. Актуальные проблемы финансирования, учета и контроля в системе обязательного медицинского страхования / Т.В. Сорокина, А.В. Распутина, А.А. Арстамбек // Известия Иркутской государственной экономической академии (Байкальский государственный университет экономики и права). – 2015. – Т. 6, № 3. – DOI: 10.17150/2072-0904.2015.6(3).3 (дата обращения: 14.09.2020).

33. Степанова М.Н. Здоровье как категория страхового дела / М.Н. Степанова // Baikal Research Journal. – 2019. – Т. 10, № 3. – DOI: 10.17150/2411-6262.2019.10(3).8 (дата обращения: 15.09.2021).

34. Сугарова И.В. Содержание бюджетного планирования расходов / И.В. Сугарова // Terraeconomica. – 2013. – Т. 11, № 3-3. – С. 74–78.

35. Тельнова Е.А. Международный опыт организации лекарственного обеспечения льготной категории населения / Е.А. Тельнова // Фармация. – 2005. – № 6. – С. 35–38.

36. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах / М. Тэннер // Диалог. – 2012. – URL: www.dialogs.org.ua (10.12.2020).

37. Тютин Д.В. Развитие методик бюджетирования в здравоохранении / Д.В. Тютин, Т.В. Лесина // Вестник Евразийской науки. – 2019. – Т. 11, № 3. – URL: <https://esj.today/PDF/42ECVN319.pdf> (дата обращения: 14.09.2021).

38. Файберг Т.В. Бюджетный анализ: учеб. пособие / Т.В. Файберг. – 2-е изд., перераб. и доп. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2008. – 132 с.

39. Финансовое право : учебник / под ред. О.Н. Горбуновой. – Москва : Юристъ, 2015. – 400 с.

40. Финансы / В.М. Родионова, Ю.Я. Вавилов, Л.И. Гончаренко и др.; под ред. В.М. Родионовой. – Москва : Финансы и статистика, 1995. – 430 с.

41. Финансы : учебник / под ред. Е.В. Маркиной. – 2-е изд., стер. – Москва : КНОРУС, 2014. – 432 с.

42. Флек В.О. Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению / В.О. Флек, Д.А. Зинланд. – Санкт-Петербург : Изд-во Политехн. ун-та, 2011. – 440 с.

43. Фролкин А.В. Понятие финансовой устойчивости в бюджетных и автономных учреждениях / А.В. Фролкин // Вестник РЭА им. Г.В. Плеханова. – 2016. – № 5. – С. 127–132. – URL: vest.rea.ru/jour/issue/archive (дата обращения: 10.01.2020).

44. Хальфин Р.А. Организация здравоохранения в США. Ч. 1 / Р.А. Хальфин, И.Я. Таджиев // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 9. – С. 34–40.

45. Химичева Н.И. Финансовое право : учеб.-метод. комплекс / Н.И. Химичева, Е.В. Покачалова – Москва : Норма, 2017. – 464 с.

46. Шейман И. Международное сравнение эффективности бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения / И. Шейман, С. Терентьева // Экономическая политика. – 2015. – Т. 10, № 6. – С. 171–193. – DOI: 10.18288/1994-5124-2015-6-10.

47. Щукина Т.В. Совершенствование финансирования здравоохранения в регионе / Т.В. Щукина, С.Н. Плюта // Вестник университета. – 2019. – № 5. – С. 48–88. – DOI: 10.26425/1816-4277-2019-5-48-55.

48. Яшина Н.И. Методология оценки эффективности государственного финансирования здравоохранения в России / Н.И. Яшина, О.В. Емельянова, Е.С. Малышева и др. // Финансы и кредит. – 2018. – Т. 24, № 3 (771). – С. 693–708.

49. Яшина Н.И. Проблемы и подходы к оценке финансового состояния лечебно-профилактических учреждений для определения типов организаций / Н.И. Яшина, К.С. Яшин, Е.В. Артамонычева // Экономический анализ: теория и практика. – 2014. – № 37. – С. 44–57.

50. Яшина Н.И. Совершенствование управления финансами государственных учреждений здравоохранения / Н.И. Яшина, К.С. Яшин, Е.А. Хансуварова // Экономический анализ: теория и практика. – 2016. – № 5. – С. 85–98. – URL: fin-izdat.ru/journal/analiz/detail.php?ID=68809 (дата обращения: 10.11.2020).

51. Duran A. Spain: Health System Review / A. Duran, J. Lara, M. van Waveren // Health Systems in Transition. – 2006. – № 4. – C. 1–208.
52. Johnsen J.R. Norway: Health System Review / J.R. Johnsen // Health Systems in Transition. – 2013. – No. 15. – P. 1– 162.
53. Kildemoes H.W. The impact of population ageing on future Danish drug expenditure / H.W. Kildemoes [et al.] // Health policy. – 2000. – No. 75. – P. 298–311.

Научное издание

Финансы здравоохранения в России: отраслевой аспект

Под общей редакцией
Т.В. Файберг, И.Н. Щербаковой

Редактор Т.И. Кочульская
Подготовка оригинал-макета Е.С. Ловчагиной
Дизайн обложки А.А. Мартыновой

ИД 06318 от 26.11.01.
Подписано в печать 14.11.22. Формат 60х90 1/16.
Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. л. 14,5.
Тираж 500 экз. (1-й з-д 1–30). Заказ .

Издательский дом Байкальского государственного университета.
664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11.

Отпечатано в ИПО БГУ.