ISSN 2311-8709 (Online) ISSN 2071-4688 (Print)

Финансовая система

ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ: ИЗ ПРОШЛОГО В БУДУЩЕЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Лариса Сергеевна ГРИНКЕВИЧ^{а, •}, Сергей Анатольевич БАНИН^b

а доктор экономических наук, профессор, заведующая кафедрой мировой экономики и налогообложения, Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Российская Федерация nasty saturn@mail.ru

ь кандидат экономических наук, руководитель курса повышения квалификации Высшей школы бизнеса, Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Российская Федерация sbanin56@mail.ru

• Ответственный автор

История статьи:

Принята 29.07.2016 Принята в доработанном виде 16.08.2016 Одобрена 29.08.2016

УДК 336.5:61 JEL: E17, H51, I13, I18, N30

Аннотапия

Предмет. Финансовые отношения в системе здравоохранения Российской Федерации.

Тема. Формирование модели финансовых отношений – одна из ключевых проблем модернизации российской системы охраны здоровья граждан. И не только потому, что доминирующий вид финансирования является основной таксономической единицей, определяющей тип национального здравоохранения во всем его многообразии, но в основном потому, что от характера финансовых взаимоотношений зависит достижение целей здравоохранной деятельности - хорошее здоровье граждан, соответствие ожиданиям населения (отзывчивость) и справедливость финансового вклада.

Иели. Разработать систему финансовых взаимоотношений, соответствующую мировым научным достижениям в области организации и финансирования здравоохранения и позволяющую достичь основных целей функционирования здравоохранения России.

Методология. В процессе формирования финансовой модели использовались методы исторического, математико-логического, структурного анализа, методы группировки.

Результаты. Сформирована социально справедливая, сбалансированная и экономически эффективная финансовая модель функционирования системы здравоохранения России.

Область применения. Сформированная финансовая модель должна быть применена в здравоохранении Российской Федерации в связи с отсутствием научного сопровождения процесса реформирования финансовых отношений на современном этапе его развития, как в целом на страновом уровне (в первую очередь в целях формирования научных, концептуальных, методологических и методических подходов к финансовым отношениям в системе здравоохранения), так и на уровне регионов, в целях практической реализации предлагаемой модели финансовых отношений.

Выводы. Здравоохранение Российской Федерации нуждается в формировании новой системы финансовых отношений, основанных на принципе баланса между формированием, распределением и использованием финансовых средств, обеспечивающих максимально одноканальное финансирование, возможное качество при достаточном объеме финансовых ресурсов и рентабельность медицинской организации, а также на принципе государственного управления процессом финансового обеспечения здравоохранной деятельности. Формируемая модель финансовых отношений должна быть обоснована с точки зрения возможности применения лучших достижений мировой и отечественной научной теории и практики, соответствовать законодательным и нормативным правовым актам Российской Федерации.

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2016

Ключевые слова:

процесс обеспечения финансовыми ресурсами, распределение финансовых средств, первичное здравоохранение, модель

В Российской Федерации, как и во всех странах прекращается мира, поиск наиболее эффективной организации системы помощи предоставления медицинской медицинских (B дальнейшем услуг здравоохранная деятельность) своим гражданам, при этом позиции расходятся. Так, в соответствии решениями официальных (Министерства здравоохранения РФ, Фонда ОМС) предпочтение отдается в пользу бюджетностраховой модели, основанной на одноканальном финансировании. Ряд российских ученых, таких как Ю.М. Комаров [1], Г.Э. Улумбекова [2], Н.А. Кравченко, А.В. Рагозин, В.Б. Розанов [3, 4], А.Л. Линденбратен, Р.У. Хабриев [5] и другие [6-10], считают, что сформированная в России страховая модель себя не оправдала, поэтому основной вектор развития должен идти в направлении государственно-бюджетного финансирования и регулирования. При этом

государство отвечает за здоровье нации, отраслевое министерство - за формирование и результаты деятельности системы здравоохранения, государственные власти региональные за создание соответствующих обеспечению условий ПО доступности и качества медицинских услуг [5].

Ученые В.С. Назаров и Н.А. Авксентьев пишут, что дело не в модели, а в особенностях ее реализации. Страховые (рыночные) принципы в сочетании с государственно-бюджетным финансированием и регулированием являются оптимальным выбором для организации системы здравоохранения, ученые предлагают пойти по особому пути, внедрить страховую систему только на густонаселенных территориях и сохранить бюджетное здравоохранение в оставшейся части страны. «В конце концов, свыше 50% населения России проживают в городах с населением больше 100 000 человек, где существуют все условия для развития конкуренции, и было бы неправильным лишать людей качественного здравоохранения на основании того, что существуют непреодолимые препятствия, не позволяющие развивать страховое здравоохранение в России», пишут авторы¹.

Н.В. Фадейкина Исследователь обращает внимание на то, что в здравоохранении, как и в любой другой отрасли национального хозяйства, работать рыночные должны механизмы регулирования, должны - но не работают. Причину автор видит в том, что прежде чем требовать качества услуг от системы, необходимо сформировать «основополагающую системную рыночную структуру», которая и позволит на практике реализовать механизм конкуренции [6]. Так же считают и Н.А. Кравченко, А.В. Рагозин, В.Б. Розанов. которые анализируют условия, необходимые эффективной для рыночной конкуренции между медицинскими организациями территорий, (высокая развитость уровень производства и доля налогов, остающихся в распоряжении регионов, благоприятные условия для ведения бизнеса, долгосрочные инвестиции, жесткое государственное антимонопольное регулирование, зрелость общества), и приходят к выводу об отсутствии таковых в России [4]. Но поскольку российском здравоохранении соответствующая структура и условия не созданы, то, по нашему мнению, и говорить о ее неэффективности не имеет смысла.

Таким образом, исследование процесса обеспечения финансовыми ресурсами является актуальной задачей. Предлагаем провести анализ с эффективности точки зрения деятельности здравоохранения, при этом под эффективностью комплексную понимаем оценку результатов деятельности в условиях воздействия на систему здравоохранения социальных детерминант здоровья, то есть внутренних и внешних факторов, ПОД влиянием которых определяется результативность. Такой взгляд продемонстрирует место финансовых ресурсов и даст представление о правильной (системной) модели организации здравоохранной деятельности.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) социальные детерминанты определяет «условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения. Эти обстоятельства формируются под воздействием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровне, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие проводимая $политика > ^2$. Следует обратить внимание на следующие факты, вытекающие из данного определения ВОЗ.

Во-первых, Всемирная организация здравоохранения посчитала необходимым акцентировать внимание на здравоохранении, выделив его из общего числа социальных детерминант. Более того, Всемирная организация выводу TOM, что приходит 0 «знания относительно детерминант функционирования системы здравоохранения, в отличие от понимания того, состояние что определяет здоровья, оставаться ограниченными»³. продолжают Изучение этого факта позволило классифицировать здравоохранные детерминанты медико-интегрированные медикообусловленные.

Медико-интегрированные здравоохранные детерминанты – факторы внешней среды, обусловливающие характер деятельности системы здравоохранения, которая в соответствии с

¹ Назаров В.С., Авксентьев Н.А. Система здравоохранения: новое сердце для российской медицины // Ведомости. 20.09.2015. № 3921.

² Социальные детерминанты здоровья.

URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/

³ Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2000. 258 с.

принципом обратной связи детерминирует уровень индивидуального, общественного популяционного здоровья и благополучия людей; факторы внешней среды могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на здравоохранения. К медикоинтегрированным здравоохранным детерминантам относятся социально-экономические, политические инфекционные И неинфекционные факторы, парамедицинские детерминанты, а также научные теории, доктрины и концепции, под влиянием которых формируется современное здравоохранение и др.

Медико-обусловленные здравоохранные детерминанты – факторы внутренней среды, результаты деятельности национальной системы здравоохранения, полученные процессе предоставления медицинской помощи И медицинских услуг. По степени влияния здоровье людей различают положительные и отрицательные результаты здравоохранной деятельности. Среди них: информационная политерапия, полипрагмазия, асимметрия, ятрогения, этические и деонтологические аспекты медицинской практики, а также результаты, сформированные под влиянием финансовоэкономических и организационных принципов функционирования здравоохранения.

Таким образом, финансовые ресурсы ПО отношению к здравоохранению являются так внутренним фактором, определяющим характер его деятельности. При этом считаем необходимым обратить внимание на то, что даже такой дуальный характер финансовых ресурсов в отечественной научной литературе не получил должного внимания: анализируется либо его внешняя (доходная) составляющая, и тогда обращается внимание на недостаточность финансирования здравоохранения, допустим, при сравнении его величины в доле к ВВП ведущих мира; либо внутренняя (расходная) составляющая, и тогда приводятся свидетельства неэффективного использования имеюшихся ресурсов. Однако, как будет отмечено дальше, процесс обеспечения финансовыми ресурсами имеет еще один, третий, элемент – распределение.

Во-вторых, денежную составляющую, определяющую характер социальных детерминант, ВОЗ поставила на первое место, отодвинув власть и прочие ресурсы. И при этом из трех составляющих процесса обеспечения

финансовыми ресурсами (доход, распределение, расход) предпочтение отдано распределению. Этому факту в публикациях российских авторов также уделяется недостаточно внимания. Но именно распределение является глубинной сущностью системы одноканального финансирования и, как пишет Ю.А. Степкина, краеугольным камнем в дискуссии об определении модели системы финансирования отечественного здравоохранения [12], именно распределение, по мнению Всемирной организации здравоохранения, связано с понятием справедливости в системе здравоохранения⁴.

Таким образом, относительно финансирования национальных систем здравоохранения, как одной здравоохранных важнейших детерминант, вывод Всемирной организации здравоохранения ограниченности знаний в этой области является, на наш взгляд, совершенно обоснованным. Данный вопрос требует дальнейшего более глубокого изучения понимания того обстоятельства, что выводы, сделанные на основе неполных знаний, могут быть ошибочными.

В-третьих, Всемирная организация здравоохранения указывает на четкую взаимосвязь между факторами внешней и внутренней среды, между финансовыми ресурсами и политикой государства в сфере сохранения и укрепления здоровья и благополучия своих граждан. Политика государства, выраженная в его Конституции и законах, определяет характер деятельности, основные параметры которой должны быть очерчены в рамках того, что ВОЗ определяет как «Стратегическое руководство интересах здоровья в XXI веке»⁵.

Прежде перейти непосредственно чем формированию финансовой модели, важно также разобраться с таксономическими единицами, влияющими на общий тип системы. На самом деле их существует довольно много. Не вдаваясь в подробности, отметим некоторые ИЗ них: социально-политическая структура общества,

 $^{^4}$ Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2000. 258 с.

⁵ Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ. Европейский региональный комитет, 61-я сессия, Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011. 134 с.

общественные правовые ценности, характеристики отношений врача и пациента, характеристики экономические (отношения способы получения собственности, ресурсов, механизмы стимулирования медицинских (производителей) работников населения (потребителей), формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи), доминирующий вид финансирования (или в другой редакции -«преобладающий вид законодательно установленного типа механизма финансирования»

Доминирующий вид финансирования означает, что средства, поступившие из одного из источников финансирования, больше суммы средств, поступивших ПО всем другим каналам (источникам) финансирования здравоохранения, «или, по меньшей мере, существенно больше любого из компонентов этой суммы⁶. Именно данная таксономическая единица и определяет типы систем, вокруг которых ведутся основные дискуссии относительно дальнейшего развития: государственная (Бевериджа, универсалистская, налоговая, бюджетная); социально-страховая (Бисмарка); негосударственная (рыночная, платная, частная, включая вариант частного страхования, или американская модель). М. Фотаки, Л. Шолпо, К. Носпикель обращают внимание на то, что практически в каждой системе здравоохранения неизбежно существует сочетание государственного и частного начала либо в отношении источника финансирования, либо применительно к способу оказания этих услуг, однако наиболее часто это сочетание охватывает как оказание, так и финансирование услуг.

Таким образом, считают эксперты, различия следует рассматривать с высокой степенью гибкости и опираться при этом на доминирующий финансирования⁷. Поэтому обоснованно с точки зрения бюджетного или страхового источника финансирования Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения определяет пять категорий стран: две - с уже сформировавшимися финансирования системами (Бисмарка или Бевериджа) и три – находящихся в переходной стадии между ними [13].

В связи с этим выводы о том, что, допустим, государственная система более эффективна, чем страховая, сделанные на основе обращения только к доминирующему виду финансирования, как некорректны. Такие стереотипы, внимание ВОЗ, могут обращает вводить в заблуждение⁸. В Докладе Всемирной организации здравоохранения о состоянии здравоохранения в за 2010 г. «Финансирование мире здравоохранения. Путь к всеобщему населения медико-санитарной помощью» прямо указывается на ситуации, когда две системы, основанные на доминирующем финансировании в виде медицинского страхования, «при объединении и использовании средств ДЛЯ обеспечения доступа населения к услугам могут действовать по-разному; это же справедливо и для систем, финансирование которых двух основывается налоговых (бюджетных) на поступлениях». Например, в Канаде, Финляндии, Великобритании Швеции медицинские организации «организованы и оплачиваются совершенно по-разному - при том, что во всех этих странах действуют системы здравоохранения, финансируемые преимущественно из налоговых поступлений» [14]. Поэтому «для целей выработки политики теряет смысл традиционное разделение – Беверидж против Бисмарка – на «бюджетные» системы и системы социального медицинского страхования»⁹.

Кроме того, наш взгляд, существует на определенное манипулирование имкиткноп государственного финансирования государственного регулирования, когда между этими экономическими явлениями ставится знак равенства. Но это далеко не одно и то же. Рассмотрим пример здравоохранения Сингапура, которое за 2014–2015 гг., по версии Американского агентства финансово-экономической информации Bloomberg, 1-e И 2-е делит места здравоохранением Гонконга. Российские аналитики относят здравоохранение Сингапура к системе бюджетного финансирования [15]. Частично это действительно так: довольно

 $^{^6}$ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. BO3, 2010. 129 с.

⁷ Фотаки М., Шолпо Л., Носпикель К. Оценка отношения к реформам и преобразованиям в финансировании и обеспечении здравоохранения в четырех регионах РФ: доклад по программе TACИC EDRUS 9605. М., 2000. 59 с.

⁸ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. BO3, 2010. 129 с.

⁹ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. ВОЗ, 2010. 129 с.

большую долю в числе всех расходов на здравоохранение занимают государственные финансы. Но особенностью государственного финансирования, во-первых, является направление бюджетных средств не на содержание сети клиник и больниц, а на оплату по конечному результату. При этом государственные и частные медицинские организации находятся в равных условиях, конкурируя между собой.

Во-вторых. существует дифференциация направлении государственных средств: оплата медицинских услуг для малоимущего населения достигает 80%, для услуг более высокого уровня – 40-60% и ниже, услуги качества «А» (высшего качества) государством не субсидируются. Имеется довольно значительная доля медицинского страхования (особая модель) и частных средств.

Всемирная организация здравоохранения определяет систему здравоохранения Сингапура как всеобщую систему страхования здоровья. Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Маргарет Чен, открывая Конференцию на уровне министров по вопросу всеобщего охвата медико-санитарными услугами и задачам на период после 2015 г. (прошедшую в Сингапуре 10.02.2015), отметила, «сингапурский вариант всеобщего охвата медикосанитарными услугами построен на равновесии между преимуществами конкуренции и других рыночных механизмов И необходимостью государственного вмешательства для направления действия этих механизмов в правильное русло. Он построен на равновесии между свободой выбора поставщика медико-санитарной помощи, службы здравоохранения или медицинского учреждения и обязательным наличием накопительного счета медицинского страхования в рамках программы «Медисейв» с присущим ей акцентом на личной ответственности» 10.

Но еще в 2002 г. директор Европейского регионального бюро ВОЗ Марк Данзон писал, что «хорошее регулирование — это умение придерживаться средней линии между свободным предпринимательством и жестким государственным контролем. Такое регулирование — не самоцель, а средство, служащее движению вперед» [16].

То есть государственное (бюджетное, налоговое) финансирование может довольно эффективно сочетаться принципами медицинского страхования, частными средствами и при этом регулироваться как государственными, так и рыночными механизмами. Α качестве своеобразного компаса на этом пути может быть концепция. обозначенная В стратегии для всех» (обновления политики достижения «Здоровья для всех» в Европейском регионе были приняты на 55 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2005 г.) как «этическое управление», в основе которого лежат общие ценности. «Этическое управление предполагает постоянный поиск компромиссных решений, касающихся таких, например, ценностей, как справедливость, с одной стороны, и экономическая эффективность – с другой», – материалах Европейского указывается регионального комитета ВОЗ.

В завершение сошлемся на авторитетное мнение Всемирной организации здравоохранения, которая обращает внимание на то, что ни источники финансирования, ни способы их распределения, объем ресурсов, выделенных здравоохранение, не являются результатом. Это всего лишь вклад в систему, он делает результаты возможными, и по отношению к нему следует оценивать достижения систем. Это суждение можно интерпретировать таким образом, что сравнение объема финансовых российского здравоохранения с другими вкладами в другую систему, пусть и имеющую общие черты, равно как и имеющую желательные стороны организации или желательные результаты деятельности, имеет скорее исследовательский характер, дает материал для дальнейшего более глубокого анализа и изучения, чем является императивным руководством к действиям по модернизации отечественного здравоохранения. Что касается непосредственно оценки результата и достижений системы, то и этим экономическим явлениям будет уделено внимание в настоящей статье.

Проведенный выше анализ определения Всемирной здравоохранения организации отношении социальных детерминант здоровья фактически позволяет сформировать матрицу, на основе которой будет представлена И рассматриваемая в настоящей статье финансовая модель здравоохранения России (табл. 1).

¹⁰ Выступление Генерального директора ВОЗ на совещании на уровне министров по вопросу о всеобщем охвате медикосанитарными услугами.

URL: http://www.who.int/dg/speeches/2015/singapore-uhc/ru

Заполним ячейки матрицы и начнем с законодательной базы.

Приведем выдержку из ст. 41 Конституции Российской Федерации: «Каждый имеет право на здоровья И медицинскую помощь. Медицинская помощь В государственных муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Конституция во-первых, разделяет понятия охраны здоровья и медицинской помощи (именно поэтому в начале данной статьи мы использовали интегрированное здравоохранная понятие деятельность); во-вторых, однозначно определяет финансовую модель здравоохранения России как смешанную; в-третьих, указывает на «страховые взносы», а не на обязательное медицинское страхование, то есть ОМС и коллективные формы ДМС, когда сам человек не платит за оказанную по страховому полису медицинскую помощь; в-четвертых, прописывает «другие поступления» финансовых средств, не являющихся личными платежами граждан; в-пятых, определяет точку приложения финансовых ресурсов – медицинская организация; в-шестых, предписывает обеспечить бесплатное для гражданина получение медицинских услуг в сформированной на таких условиях финансовой системе.

Никаких других условий (в виде программы государственных гарантий) Конституцией предусмотрено. Дополнительные к данной системе финансирования источники формы предоставления медицинской помощи прописаны в ч. 2 ст. 41 Конституции РФ, согласно которой финансируются мероприятия В рамках федеральных программ (Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения») и другие мероприятия, направленные на охрану здоровья граждан. Комментарии к Конституции РФ [17-19] отсылают к федеральным законам от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации», согласно которым объем медицинской помощи ограничивается рамками базовой (территориальной) программы бесплатного оказания медицинской помощи.

Однако ситуация ограничения предоставления медицинской помощи и медицинских услуг в условиях недостаточности финансовых ресурсов

была урегулирована другим способом еще в 1946 г. В Уставе Всемирной организации здравоохранения, в которой установлено право на «наивысший достижимый уровень здоровья» 11. Статьей 12 Международного пакта экономических, социальных и культурных правах, принятого резолюцией 2200 A (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН 16.12.1966, закреплено это право, и к концу 2015 г. в пакте участвует 164 государства, включая Россию¹².

Это и есть основной вектор совершенствования финансово-экономических отношений в системе здравоохранной деятельности: не выполнение базовой и территориальных программ бесплатной медицинской помощи, а обеспечение наивысшего достижимого уровня здоровья, эффективное использование имеющихся ресурсов. Стандарты при этом должны являться финансовым инструментом, обосновывающим необходимый объем денежных средств (медико-экономический стандарт, МЭС), а оплата осуществляться за результат путем формирования договорных отношений между поликлиникой, имеющей прикрепленное население, медицинской организацией – исполнителем; причем в идеале поле результата (включая отдаленные результаты) формируется по месту прикрепления человека к медицинской организации (рис. 1).

В связи с этим считаем принципиально важным остановиться на вопросе целеполагания. К сожалению, даже в официальных публикациях деятельности системы здравоохранения понимается не так, как требует того Всемирная организация здравоохранения, а для достижения неверно поставленной цели разрабатываются и соответствующие инструменты. На наш взгляд, совершенно недопустимо формировать цели так, увидеть в Стратегии развития как можно здравоохранения Российской Федерации 2015-2030 долгосрочный период ГΓ., разработанной Минздравом России: увеличение продолжительности жизни, снижение уровня смертности, рост рождаемости целях «долгосрочного развития, а также устойчивого

¹¹ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения.

URL: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf?ua=1

¹² Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах.

 $URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml \\$

существования данной отрасли Российской Φ едерации»¹³.

Всемирная здравоохранения организация совершенно четко определила три основные цели: здоровье, соответствие ожиданиям (отзывчивость) справедливость населения И финансового вклада. Доступность, равноправие, устойчивость, хорошее качество и целый ряд достоинств других национальных систем здравоохранения являются средствами, но не целями. «Поэтому если мы можем измерить достижение целей, те цели, которые служат в качестве «инструмента», такие как доступность, ненужными становятся В качестве заменяющих показатели работы; они сохраняют свое значение лишь в качестве объяснения хороших или плохих результатов». А вот целью реформирования здравоохранения есть процесса его изменения), согласно Люблянской хартии, действительно должно быть непрерывное улучшение качества медицинской помощи, а также повышение ее эффективности¹⁴. В связи с изложенным важно разобраться и в том, что есть «достижение», а что есть «результат». ВОЗ так трактует эти понятия: достижение - это измерение относительно трех поставленных целей функционирования здравоохранения, есть насколько достигнуто хорошее здоровье, отзывчивость и справедливость (оценка факта); результат - это измерение, сравнение и оценка достижений относительно того, что могла бы получить система с теми же ресурсами (достижение по сравнению с ресурсами - оценка возможности). Таким образом, поставленные цели могут быть достигнуты – все три или только одна из них - с разным результатом, наиболее оптимальным среди которых с экономической точки зрения (но не всегда с медицинской 15) является достигнутый при эффективном использовании ресурсов.

Результат, представленный на рис. 2, - это следствие синергетического эффекта деятельности всех медицинских организаций, задействованных в оказании медицинской помощи человеку - и поликлиники, и стационара, и реабилитационного центра, и санаторного учреждения; это следствие и профилактической, и лечебно-диагностической, и диспансерной, и реабилитационной работы с пациентом. Подход, нацеленный на результат, в свою очередь требует принципиального изменения финансовых инструментов и, в частности, расчета подушевого финансирования (необходимо принимать во внимание этапность предоставления медицинских услуг) и тарифов на стационарную учитывающих реабилитационновосстановительный этап работы с пациентом. Кроме того, необходимо изменить саму концепцию «законченного случая», который в ситуации первичного состояния может «закончен» только после всех реабилитационновосстановительных мероприятий, а в случае хронического течения - как эпизод постоянного диспансерного наблюдения после ликвидации (или предупреждения) всех симптомов обострения.

В связи с этим требует внимательного изучения пропагандируемый в настоящее время вариант оплаты стационарной медицинской помощи по DRG (в России – КСГ, КЗГ, КПГ и др.), поскольку, как считает группа экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ (Р.Б. Салтман, Р. Буссе, Моссиалос), метод требует достаточно серьезной «системы управленческого контроля», без которой применение метода «приводит к таким отрицательным последствиям, как перераспределение больных по более «доходным» категориям (даже в США с относительно развитой контроля) системой И без которой целесообразность введения подобных систем весьма сомнительна [16].

В такой ситуации формирование адекватной финансовой модели и ее практическая реализация, мониторинг ситуации, а также ее научное сопровождение приобретают беспрецедентно большое значение.

Представим предусмотренные Конституцией РФ источники финансирования в виде математического описания:

$$\underbrace{\textit{Б+MC+\Pi}}_{(1)} = \underbrace{\textit{ДМO} \Leftrightarrow \textit{Бесплатная медицинская помощь,}}_{(2)\mathit{\GammaT=\mathit{IIIT}}_{\mathit{auc}} + \mathit{IIIT}_{\mathit{B}}}$$

¹³ Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период. URL: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa—979/strategiya—razvitiya—zdravoohraneniya—rossiyskoy—federatsii—na—dolgosrochnyy—period.

¹⁴ Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. ВОЗ, Европейское региональное бюро.

¹⁵ Особенностью экономики здравоохранения, как социальной гуманистической отрасли национального хозяйства, является то, что «эффективность с точки зрения затрат никогда не является единственным оправданием расходования государственных ресурсов, но она является показателем, который в большинстве случаев следует учитывать при принятии решения о том, какую услугу приобрести» [Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2000. 258 с.], а это уже вопросы этического распределения финансовых ресурсов.

где *B* – средства бюджета;

MC – средства медицинского страхования;

 Π – прочие финансовые ресурсы (кроме денежных средств граждан);

ДМО – доход медицинской организации;

ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Средства первой части формулы (отмечено цифрой 1), объединенные в пул, представляют суть одноканального финансирования. Таким образом, одноканальное финансирование предназначено для обеспечения конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь. Именно для реализации этой задачи и должны быть предложены все необходимые финансовые инструменты (рис. 3).

Предлагаемая авторами модель — это более системное экономическое чем явление, внедряемый Минздравом России и Федеральным фондом **OMC** вариант одноканального финансирования, построенный неверной концептуальной основе: во-первых, поставленном знаке равенства между включением медицинской организации в систему ОМС и одноканальным финансированием. При таком варианте любая медицинская организация (от самостоятельной общей врачебной практики до научноисследовательского института), включенная в ОМС, автоматически становится вовлеченной в одноканальное финансирование.

Данный подход является крайне поверхностным, соответствует экономической сущности одноканального финансирования, предназначенного в первую очередь для обеспечения нормального функционирования первичного звена здравоохранения сопряженного c ним вторичного звена. В результате внедряемый вариант вызывает вполне обоснованное непонимание со стороны учреждений третьего и более высоких уровней, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь. В то же время для финансовых отношений в системе одноканального финансирования должны быть установлены свойственные для них правила использования ресурсов: средства, объединенные в принадлежность теряют источнику, доводятся до медицинской организации единым финансово связанным аггрегатом, и главной целью расходования полученных медицинской организацией средств является не соответствие назначению тарифа или другим исходным параметрам (например, исключительно диспансеризации), а достижение результата, в том понимании, как он представлен на рис. 2. Это дает медицинских руководителям организаций определенную степень свободы в использовании средств финансовых и исполнении своих управленческих функций, но налагает большую ответственность за достижение оговоренного результата, оформленного приложением договору в виде модели конечных результатов (МКР). Деятельность в условиях работы по МКР предполагает наличие штрафных санкций, но при что все необходимые финансовые возможности для достижения результата были созданы, параметры результата – достижимы, а были использованы максимально средства эффективным способом. Указанные концептуальные просчеты учтены в предлагаемой авторами модели (рис. 3).

Кроме того, рассматриваемая модель обладает рядом принципиальных особенностей.

- 1. Исходя из выдвинутого ранее приоритета распределения перед другими параметрами процесса обеспечения финансовыми ресурсами, формируется типа одноканального финансирования. Первый – финансирование медицинских организаций. имеюших прикрепленное население. Нивелирование принадлежности к источнику финансирования достигается путем подушевого финансирования, или капитации. метода Второй финансирование медицинских организаций исполнителей; нивелирование принадлежности к первоначальному источнику финансирования достигается через механизм фондодержания. Фондодержателем является медицинская организация, имеющая прикрепленное население, сфере В обслуживания которой и формируется конечный результат функционирования данного сегмента общей системы здравоохранения России.
- 2. Сформирована достаточно полная система управления процессом обеспечения финансовыми ресурсами, которая свою очередь органично связана с общей системой **управления** здравоохранением на основе государственного управления (нижнее поле на рис. 3).

Для российского здравоохранения система одноканального финансирования не является

чем-то совершенно новым. По этому принципу здравоохранение советского выстроено периода. Напомним его характеристики: планирование методом «сверху-вниз»; финансирование медицинских учреждений из одного источника (бюджет) и по одному каналу (от распорядителя распорядителю главного К бюджетных средств); целевой характер средств (статьи расходов); учет, контроль (включая народный), отчетность. Данная система, претерпев некоторые изменения, во многом повторяющие хозяйственного сушность нового механизма (расширение самостоятельности медицинских организаций, столь жесткое постатейное закрепление, возможность привлечения дополнительных источников финансирования и др.), действует до сих пор. Система бюджетного финансирования, хорошо зарекомендовавшая себя в условиях стабильной плановой экономики, под новых социально-политических тенденций уже к середине 80-х годов прошлого столетия потребовала изменений, результатом которых и стало внедрение особого российского варианта медицинского страхования. И действительно, не вдаваясь в детали, даже если мы посмотрим структуру доходов Федерального фонда ОМС, то увидим существенную долю бюджетных вложений в виде платежа неработающее население – порядка 40% (табл. 2).

Таким образом, особенность российской модели медицинского страхования во многом предопределена бюджетной моделью финансирования здравоохранения И является страховой скорее по форме, чем по содержанию. Данное обстоятельство облегчает формирование одноканального конституционной модели финансирования, поскольку ИЗ абстрактного воззрения этого экономического явления его можно перевести в достаточно понятную и логически непротиворечивую финансовую модель. При этом можно обратить внимание на то, что Всемирная организация здравоохранения разделяет «государственные или полученные от государства» финансовые средства. Итак, первая ячейка финансовой матрицы - соответствие действующему законодательству – заполнена: модель является смешанной (бюджетно-страховой и затем частной) 16 и направлена по вектору преимущественно одноканального финансирования.

URL: http://apps.who.int/gho/data/node.main. 75?lang=en

Следующая ячейка – приоритетность распределения финансовых ресурсов.

Суть распределения в следующем: во-первых, трансформация финансовых средств, собранных в пул из различных источников, в единый целевой фонд, предназначенный для достижения цели функционирования системы здравоохранения; во-вторых, возможность достижения баланса рисков, как для страховщиков (при наличии) и медицинских организаций, так и для населения; гарантий в-третьих, создание того, структура, организационная созданная для финансового регулирования (в настоящее время органы управления здравоохранением и система фондов ОМС и СМО¹⁷), «будет иметь в своем распоряжении столько средств, сколько нужно для эффективного обслуживания соответствующей части населения» 18. В сегодняшней организации здравоохранения данным требованиям отвечает только одна форма одноканальное финансирование.

Структура, созданная ДЛЯ финансового регулирования, является ключевой в системе финансовых отношений здравоохранения: она должна быть ответственна, с одной стороны, перед населением плательщиками налогов страховых взносов, а при полном одноканальном финансировании и частных платежах населения обеспечение доступности И медицинских услуг, другой cмедицинскими организациями за достаточность финансовых ресурсов, с третьей - перед финансирующими структурами за эффективное использование средств.

В настоящее время такой структуры в системе отечественного здравоохранения нет. Фонды ОМС не несут ответственности перед населением, а если и отвечают, то в рамках программы ОМС; здравоохранением органы управления не управляют 70% финансовых средств (а по отдельным медицинским организациям – 90%), но при этом отвечают за все происходящее в системе; страховая медицинская организация состоянии обеспечить баланс рисков, поскольку также не управляет финансовыми потоками, осуществляя процесс финансирования, но не распределения; медицинские организации, действуя в условиях финансового дефицита,

10

¹⁶ По оперативным данным ВОЗ, доля государственных расходов на здравоохранение как процент от общих расходов здравоохранения по 2013 г. составляет 48,1%, таким образом, в России уже фактически сложилась частно-государственная модель здравоохранения.

¹⁷ Страховая медицинская организация.

¹⁸ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. ВОЗ, 2010. 129 с

пытаются закрыть возникающие со всех сторон проблемы (кадровые, финансовые и пр.) и заинтересованы либо в увеличении объемных показателей (например, при финансировании по посещениям), либо в увеличении статей расходов роста обоснования коэффициентов дифференциации при финансировании подушевой формуле. В общем, практически по А. Райкину. ≪кто сшил пиджак» невозможно.

При этом вся финансовая система жестко зарегулирована, что не оставляет медицинской организации возможности ДЛЯ маневра, перейти OT финансирования фактически статьям в их новом представлении к финансированию по целям: например, тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территории Томской области на 2016 г. включает 40 приложений, регулирующих деятельность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в ОМС, и содержащих огромное количество параметров, нарушение каждого из которых влечет применение штрафных санкций. Но именно фрагментарность финансирования названа Всемирной организацией здравоохранения в качестве одной из причин неэффективного использования имеющихся pecypcoB¹⁹, уменьшение фрагментации финансовых средств путем объединения в один финансовый пул позволяет повысить финансовую зашишенность лаже при данном vровне предварительно выплаченных средств, «что, в свою очередь, облегчает достижение целей социальной справедливости» 20 .

Отечественное здравоохранение имеет опыт создания подобных структур. Так, в сложные времена финансовой неразберихи начала 1990-х гг. в Томской области было создано Организационноаналитическое бюро (ОАБ), в задачи которого входила разработка системы финансирования медицинских организаций области в соответствии с достигнутыми результатами. Для этого были специальные «Модели созданы конечных результатов» (MKP), финансирование осуществлялось в зависимости от результатов достижения MKP. Кстати, персонал организационно-аналитического бюро состоял не столько из врачей-клиницистов, сколько из врачейстатистиков и экономистов. На базе созданных в последние годы медицинских информационноаналитических центров (МИАЦ) онжом сформировать подобный орган. Всемирная организация здравоохранения определяет такие структуры как «институционально отделенное закупкам»²¹, если на данных агентство по экономических агентов возлагается такая функция.

В качестве варианта мы предлагаем создание Региональной комиссии ПО макроэкономике (РКМ); примерный объем ее задач и взаимосвязей представлены на рис. 4. На переходном этапе на РКМ не возлагается функция закупок, по своим функциям она ближе к структурам «главных координаторов государственных программ» (США), которые отвечают за «надзор стратегиями» и координируют межсекторальное взаимодействие.

Для заполнения третьей ячейки матрицы «точка приложения основных финансовых усилий» вновь обратимся к действующему законодательству. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» в п. 1 ст. 10 определяет, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются организацией оказания медицинской помощи принципу приближенности к месту жительства, месту работы обучения. Данной ИЛИ статьей определяются и другие параметры доступности и качества медицинской помощи: наличие необходимого количества мелицинских работников и соответствующий уровень их квалификации, возможность выбора медицинской организации и врача, размещение медицинских организаций исходя из потребностей населения, транспортная доступность медицинских организаций для всех групп населения и др. Совершенно очевидно, что речь идет медицинских организациях первичного здравоохранения и конкретно об амбулаторнополиклинических учреждениях различного вида (самостоятельных, в составе других организаций, общей врачебной практики), имеющих прикрепленное население.

¹⁹ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. ВОЗ, 2010. 129 с.

²⁰ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. ВОЗ, 2010. 129 с.

²¹ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. ВОЗ, 2010. 129 с

Итак, следует подчеркнуть, что формируемая одноканального финансирования основном касается учреждений первичного звена и сопряженных c ним вторичного обеспечивающих потребность прикрепленного населения (стационар, диагностический центр и т.п. в части, включенной в ОМС), и соответствует имеющимися финансовым и организационным возможностям обеспечению по граждан бесплатной медицинской помошью согласно действующим нормативным правовым актам. До тех пор пока не будет наведен порядок в первичном звене (в поликлиниках, имеющих прикрепленное население), любые финансовые механизмы и новации будут неэффективными. Именно поэтому вся финансовая система строится, по сути, на враче первичного звена, будь то участковый врач или врач общей практики, она предназначена для него, «крутится» вокруг него и должна быть настроена таким образом, чтобы он заботился о людях, вверивших ему свое здоровье (например, финансовая мотивация профилактики труда, через систему оплаты бо́льшие коэффициенты подушевой формуле «за здоровых»). Отсюда и система планирования не «сверху-вниз», как при бюджетном одноканальном финансировании, а «снизу-вверх» – от паспорта врачебного участка, в котором записана «история болезни» прикрепленного населения.

По мере возникновения научно обоснованных финансово-экономических и организационных возможностей сфера одноканального финансирования может расширяться.

Последняя, четвертая, ячейка матрицы «управление финансовыми ресурсами» частично

была рассмотрена ранее, при анализе второй ячейки матрицы. Как видно из рис. 3 и 4, управление финансовыми ресурсами неразрывно связано с общими (стратегическими) подходами к управлению здоровьем И системой здравоохранения. На самом деле связь гораздо глубже, поскольку на рис. 3 рассматривается часть стратегического только системы управления – управление здравоохранением. Вторая составляющая – стратегическое руководство здоровьем – предполагает финансирование целого блока проблем, обозначенных в ч. 2 ст. 41 Конституции РФ (экология, санитария, здоровый образ жизни, физическая культура и др.). Таким образом, рассматриваемая модель одноканального финансирования замкнула конституционное право граждан на охрану здоровья и на медицинскую помощь в их неразрывном единстве.

Заполнив все ячейки нашей виртуальной матрицы, мы получили модель, которая имеет параметры, указанные в рис. 5.

Таким образом, авторами была сформирована справедливая (конституционно социально смешанная), сбалансированная определенная, $(\partial oxo \partial \omega \Leftrightarrow pacnpedeлeнue \Leftrightarrow pacxo \partial \omega),$ эффективная (обеспечивающая экономически максимально возможное качество при достаточном объеме финансовых ресурсов, также рентабельность медицинской организации), государственно управляемая (стратегическое руководство здоровьем стратегическое управление здравоохранением) финансовая модель функционирования системы здравоохранения России.

Таблица 1

Кассовое исполнение дохода бюджета Федерального фонда ОМС, млн руб.

Table 1
Cash income of the budget of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund, Mio RUB

	3a 20	За 2014 г.*		За 2015 г.**	
Показатель	Всего, млн руб.	%	Всего, млн руб.	%	
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в бюджет ФОМС, из них:	1 218 440,56	100	1537 634,23	100	
страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения	740 156,88	60,75	921 348,78	59,92	
страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения	478 283,68	39,25	616 285,45	40,08	

Источник: *Федеральный закон от 05.10.2015 № 281-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год»

Source: *Federal Law On Budget Execution of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund in 2014 of October 5, 2015 № 281-FZ

Рисунок 1

Исходная матрица финансовой модели здравоохранения России

Figure 1

The original matrix of financial model of Russian healthcare

Соответствие Конституции РФ и законам, определяющим особенности деятельности отечественного здравоохранения	Приоритетность распределения финансирования перед другими параметрами процесса обеспечения финансовыми ресурсами
Точка приложения основных усилий воздействия финансовых ресурсов на систему здравоохранения, определяющая все многообразие результатов деятельности системы	Эффективное управление финансовыми ресурсами и его связь с государственным руководством здравоохранной деятельностью

Источник: авторская разработка

^{**}Распоряжение Правительства РФ от 01.06.2016 № 1068-р «О проекте федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год»

^{**}Order of the Government of the Russian Federation *On Draft Federal Law On Budget Execution of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund in 2015* of June 1, 2016 № 1068-p

Рисунок 2

Треугольник результата

Figure 2

A triangle of results



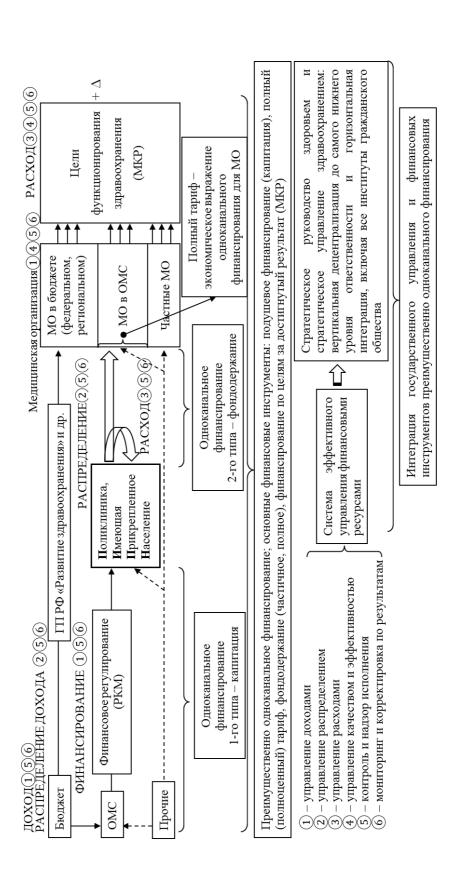
Источник: авторская разработка

Рисунок 3

Социально справедливая, экономически эффективная, государственно управляемая финансовая модель функционирования системы здравоохранения России

Figure 3

A socially fair, economically effective, and State-controlled financial model of the Russian healthcare system



Источник: авторская разработка

Рисунок 4

Информационные потоки в системе финансового регулирования

Figure 4

Information flows in the financial regulation system



Источник: авторская разработка

Рисунок 5

Матрица финансовой модели здравоохранения России

Figure 5

A matrix of financial model of the Russian healthcare system

Смешанная по источникам	Одноканальная по форме распределения
финансирования и созданию финансового	финансовых средств, с созданием
пула – бюджетно-страховая с	специального органа финансового
использованием средств частного	регулирования (как вариант –
здравоохранения:	региональная комиссия по
Б + МС + П = ДМО ⇔ Бесплатная	макроэкономике):
медицинская помощь	ДЗО ⇔ РЗО ⇔ ДМО
Первичная по точке приложения основных	Общественно-государственная по типу
финансовых усилий:	управления:
Поликлиника, Имеющая Прикрепленное	интеграция государственного управления
Население	и финансовых инструментов
	преимущественно одноканального
	финансирования

Источник: авторская разработка

Source: Authoring

Список литературы

- 1. *Комаров Ю.М.* Пора камни собирать. Или о том, как разрушилась в стране социальная семашкинская модель здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 416 с.
- 2. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.
- 3. *Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б.* Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования // Здравоохранение. 2012. № 12. С. 30–39.
- 4. *Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б.* Эффективность национальной системы здравоохранения: соответствует ли используемая модель финансирования здравоохранения объективным условиям страны // Здравоохранение Российской Федерации. 2013. № 5. С. 3–8.
- 5. *Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М.* Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3–5.
- 6. *Фадейкина Н.В.* Особенности менеджмента в сфере здравоохранения // Сибирская финансовая школа. 2014. № 5. С. 22–30.
- 7. *Кулагина Э.Н., Разумовский А.В., Полина Н.А.* Преимущественно одноканальное финансирование фактор эффективного управления в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2010. № 2. С. 32–38.
- 8. *Васкес А.Х.Э., Васкес А.А.Э.* Здравоохранение и вопросы его финансирования // Медицина неотложных состояний. 2014. № 3. С. 174–179.
- 9. *Банин С.А.* Здравоохранение России: вопросы финансирования и пути решения // Вестник Томского государственного университета. Экономика. 2012. № 3. С. 112–117.
- 10. *Шапошников В.И.* Современные проблемы экономики и финансирования в здравоохранении // Фундаментальные исследования. 2004. № 2. С. 105.
- 11. *Коробкова О.К.* Управление медицинскими услугами на основе одноканального финансирования системы здравоохранения // Региональные проблемы преобразования экономики. 2015. № 4. С. 69–73.

- 12. *Степкина Ю.А*. Анализ моделей и способов финансирования здравоохранения и их развития в современных условиях // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2012. № 1. Т. 6. С. 135–144.
- 13. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. 431 с.
- 14. *Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д.* Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. М.: Весь Мир, 2002. 352 с.
- 15. *Комаров Ю.М., Власов В.В., Кравченко Н.А. и др.* Основные положения Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг. и последующие годы. URL: https://komitetgi.ru/projects/1360/.
- 16. Солтман Р.Б., Буссе Р., Моссиалос Э. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран: пер. с англ. М.: Весь Мир, 2002. 272 с.
- 17. Бархатова Е.Ю. Комментарий к Конституции Российской Федерации. М.: Проспект, 2010. 256 с.
- 18. *Лазарев Л.В.* Комментарий к Конституции Российской Федерации. М.: Новая правовая культура, 2009. 816 с.
- 19. Дмитриев Ю.А. Конституция Российской Федерации: доктринальный комментарий (постатейный). М.: Деловой двор, 2009. 600 с.

ISSN 2311-8709 (Online) ISSN 2071-4688 (Print) Financial System

SINGLE-SOURCE FINANCING:

FROM THE PAST TO THE FUTURE OF THE RUSSIAN HEALTHCARE SYSTEM

Larisa S. GRINKEVICH^{a,•}, Sergei A. BANIN^b

^a National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation nasty saturn@mail.ru

^b National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation sbanin56@mail.ru

Corresponding author

Article history:

Received 29 July 2016 Received in revised form 16 August 2016 Accepted 29 August 2016

JEL classification: E17, H51, I13, I18, N30

Keywords: single-source financing, financial resources, disposition of funds, primary healthcare, model

Abstract

Subject The article addresses financial relations in the Russian healthcare system.

Objectives The aim of the study is to develop a system of financial relations that corresponds to the world recent scientific achievements in the field of healthcare organization and financing and enables to meet primary goals of the domestic healthcare system.

Methods The study draws upon methods of historical, mathematical, logical, and structural analysis, and grouping techniques.

Results We created a socially fair, balanced and economically effective financial model of the Russian healthcare system functioning. It may be applied in the Russian healthcare system at the country level (especially to formulate scientific, conceptual and methodological approaches to financial relations in healthcare), and at the regional level (for its practical implementation purposes). Conclusions and Relevance The Russian healthcare needs a new system of financial relations that are based on a balance between generation, distribution and utilization of financial resources to provide the maximum possible quality of services and cost-effectiveness of medical institutions, and on government control over financial support to public health service. The new model of financial relations should be theoretically substantiated and comply with laws and regulations of the Russian Federation.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2016

References

- 1. Komarov Yu.M. *Pora kamni sobirat'. Ili o tom, kak razrushilas' v strane sotsial'naya semashkinskaya model' zdravookhraneniya* [It's time to gather stones, or How the social Semashko's model of healthcare got ruined in the country]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015, 416 p.
- 2. Ulumbekova G.E. *Zdravookhranenie Rossii. Chto nado delat'* [Healthcare in Russia: What is to be done]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015, 704 p.
- 3. Ragozin A.V., Kravchenko N.A., Rozanov V.B. [Comparing the national healthcare systems of countries using 'insurance' and 'budgetary' models of financing]. *Zdravookhranenie* = *Healthcare*, 2012, no. 12, pp. 30–39. (In Russ.)
- 4. Ragozin A.V., Kravchenko N.A., Rozanov V.B. [Efficiency of the national healthcare system: Does the current model of healthcare financing comply with objective conditions of the country]. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii = Healthcare of the Russian Federation*, 2013, no. 5, pp. 3–8. (In Russ.)
- 5. Khabriev R.U., Lindenbraten A.L., Komarov Yu.M. [A strategy of public health protection as a basis of the State social policy]. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Healthcare and History of Medicine*, 2014, no. 3, pp. 3–5. (In Russ.)
- 6. Fadeikina N.V. [Management specifics in healthcare]. *Sibirskaya finansovaya shkola = Siberian Financial School*, 2014, no. 5, pp. 22–30. (In Russ.)
- 7. Kulagina E.N., Razumovskii A.V., Polina N.A. [Predominantly single-channel financing as a factor of effective management in healthcare]. *Ekonomika zdravookhraneniya* = *Economy of Healthcare*, 2010, no. 2, pp. 32–38. (In Russ.)
- 8. Vasquez A.J.E., Vasquez A.A.E. [Health and financial issues]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyanii* = *Emergency Medicine*, 2014, no. 3, pp. 174–179. (In Russ.)

- 9. Banin S.A. [Health care in Russia: Problems of financing and solutions]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomika = Tomsk State University Journal of Economics. Economics*, 2012, no. 3, pp. 112–117. (In Russ.)
- 10. Shaposhnikov V.I. [Modern problems of economy and financing in health care]. *Fundamental'nye issledovaniya = Fundamental Research*, 2004, no. 2, p. 105. (In Russ.)
- 11. Korobkova O.K. [Management of medical services on the basis of single-channel financing of the health system]. *Regional'nye problemy preobrazovaniya ekonomiki = Regional Problems of Transforming the Economy*, 2015, no. 4, pp. 69–73. (In Russ.)
- 12. Stepkina Yu.A. [Analysis of models of and procedures for healthcare financing and their development in modern conditions]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina = Bulletin of Pushkin Leningrad State University*, 2012, vol. 6, no. 1, pp. 135–144. (In Russ.)
- 13. Saltman R.B., Figueras J. *Reformy sistemy zdravookhraneniya v Evrope. Analiz sovremennykh strategii* [European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies]. Moscow, GEOTAR MEDITsINA Publ., 2000, 431 p.
- 14. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. *Finansirovanie zdravookhraneniya: al'ternativy dlya Evropy* [Funding Health Care: Options for Europe (European Observatory on Health Care System Series)]. Moscow, Ves' Mir Publ., 2002, 352 p.
- 15. Komarov Yu.M., Vlasov V.V., Kravchenko N.A. et al. *Osnovnye polozheniya Strategii okhrany zdorov'ya naseleniya RF na period 2013–2020 gg. i posleduyushchie gody* [Highlights of the Strategy for public health protection in Russia for 2013–2020 and subsequent years]. Available at: https://komitetgi.ru/projects/1360/. (In Russ.)
- 16. Saltman R.B., Busse R., Mossialos E. *Regulirovanie predprinimatel'skoi deyatel'nosti v sistemakh zdravookhraneniya evropeiskikh stran* [Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems]. Moscow, Ves' Mir Publ., 2002, 272 p.
- 17. Barkhatova E.Yu. *Kommentarii k Konstitutsii Rossiiskoi Federatsii* [Comments on the Constitution of the Russian Federation]. Moscow, Prospekt Publ., 2010, 256 p.
- 18. Lazarev L.V. *Kommentarii k Konstitutsii Rossiiskoi Federatsii* [Comments on the Constitution of the Russian Federation]. Moscow, Novaya pravovaya kul'tura Publ., 2009, 816 p.
- 19. Dmitriev Yu.A. *Konstitutsiya Rossiiskoi Federatsii: doktrinal'nyi kommentarii (postateinyi)* [The Constitution of the Russian Federation: Doctrinal comments (article-by-article)]. Moscow, Delovoi dvor Publ., 2009, 600 p.