

**ТРАНСФОРМАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ:
АНАЛИЗ СБАЛАНСИРОВАННОСТИ*****Дмитрий Анатольевич АРТЕМЕНКО^{а,*}, Андрей Анатольевич СОКОЛОВ^б**

^а доктор экономических наук, профессор, заведующий кафедрой государственных муниципальных финансов и финансового инжиниринга, Высшая школа бизнеса, Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация
daartemenko@sfedu.ru

^б аспирант кафедры государственных и муниципальных финансов и финансового инжиниринга, Высшая школа бизнеса, Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация
aasokolov@sfedu.ru

* Ответственный автор

История статьи:

Получена 26.07.2017

Получена в доработанном
виде 03.10.2017

Одобрена 23.10.2017

Доступна онлайн 15.11.2017

УДК 334

JEL: H21, H32, H83

Аннотация

Предмет. Система финансово-экономических отношений, складывающаяся в процессе трансформации отечественной системы здравоохранения.

Цели. Анализ эффективности системы общественного здравоохранения для выявления ее достоинств и недостатков и предложение рекомендаций по дальнейшему реформированию.

Методология. Использовались нормативный и комплексный подходы, общенаучные и специальные методы научного познания: наблюдения, группировки, выборки, сравнения и обобщения.

Результаты. Действующая система ориентирована на доступность и качество медицины, при этом инструментарий модернизации увеличивает финансовую нагрузку на систему ОМС и на граждан. Финансовое обеспечение недостаточно. Надо отказаться от одноканального и вернуть бюджетное финансирование, усилить страховой характер ОМС, обеспечить приоритет качественных индикаторов эффективности системы здравоохранения, преемственность работы модели.

Выводы. Необходимо внедрение модели на основе модернизированной системы Семашко. Важным условием успешного функционирования обновленной системы здравоохранения является отказ от западного опыта в пользу развития института страхового администрирования, который выступает частью системы общественно-экономического регулирования со встроенной обратной связью. Действенно работающий институт страхового администрирования ОМС внесет значительный вклад в улучшение качества жизни. Нужно коренное изменение принципов работы страховых медицинских организаций, включая переход от администрирования платежей по факту оказания услуг к эффективному управлению расходами на застрахованных, в том числе путем возложения на страховые медицинские организации части финансовых рисков по оплате медицинской помощи.

Ключевые слова: страховое администрирование, обязательное медицинское страхование, реформа здравоохранения, финансирование

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2017

Для цитирования: Артеменко Д.А., Соколов А.А. Трансформация общественного здравоохранения России: анализ сбалансированности // Финансы и кредит. – 2017. – Т. 23, № 42. – С. 2498 – 2510.
<https://doi.org/10.24891/fc.23.42.2498>

При анализе эффективности системы здравоохранения важно обладать четким

пониманием логики происхождения системы, ее развития, ее родовых качеств, факторов воздействия, реакции системы. Система здравоохранения России родилась как страховая в начале XX в. После социалистической революции она приобрела государственный статус, стала государственной

* Авторы выражают благодарность и глубокую признательность доктору экономических наук, профессору, заведующему кафедрой финансов Южного федерального университета Олегу Юрьевичу СВИРИДОВУ и доктору экономических наук, профессору кафедры экономической теории Южного федерального университета Ольге Спиридоновне БЕЛОКРЫЛОВОЙ за советы и ценные замечания при работе над данной статьей.

социалистической системой. Однако страховой характер не был утрачен.

При демонтаже системы в 90-х гг. XX в. декларировался возврат к страховому характеру, была развернута система федерального фонда обязательного медицинского страхования с подсистемой территориальных фондов, простимулирована организация частных медицинских страховых компаний как потенциально значимого звена системы общественного здравоохранения [1–4].

Система Семашко – это система здравоохранения, основанная на государственном интересе в здоровой нации, который являлся приоритетом государственной политики. До демонтажа финансы системы базировались на формировании страховых централизованных государственных фондов в государственном бюджете СССР, то есть это, безусловно, страховая система (медицинские расходы носят вероятностный характер, а, следовательно, соответствуют формату страховых выплат), а точнее система государственного медицинского страхования.

Общественное здравоохранение СССР развивалось по пути наращивания государственных расходов, обеспечения доступности и качества медицинских услуг. Благодаря мобилизационной экономике, акценту на социальную гигиену и профилактику заболеваний, в короткий срок были получены хорошие результаты по сравнению с остальной мировой практикой. Однако система представляла собой одну из основ социалистического государства, которую по идейным соображениям (разрушения социалистического государства) либеральные реформаторы должны были поэтапно демонтировать.

После отказа от идеологических основ, хозяйственных связей, принципов финансирования, система Семашко еще существовала по инерции. Для ее окончательного разрушения начала проводиться медицинская реформа. Она включала в себя организацию и запуск элементов альтернативных систем, вводилась

конкуренция как обязательный элемент системы (конкуренция медицинских организаций за пациента, врачей между собой и т.п.) и постепенно исключался элемент государственного прямого финансирования, который замещался финансированием Фонда ОМС посредством страховых посредников (страховых медицинских организаций) [5].

Новая система (назовем ее переходной, так как она соответствовала переходной экономике) не была рассчитана на сохранение имеющейся лечебно-профилактической инфраструктуры, поскольку предполагала финансирование исключительно за счет обязательных социальных (медицинских) взносов.

При анализе показателей системы общественного здравоохранения за базовый был взят 1990 г., как год развитого состояния системы Семашко перед ее демонтажем (табл. 1).

Реформа сохранила численность врачей, но медицинский персонал понес серьезные потери. Врачи нагружались несвойственными функциями, фактически замещали потерю медицинского персонала.

Прогресс системы Семашко впечатляет: с 1940 по 1950 г. (за время Великой Отечественной войны и послевоенного восстановления) численность врачей и медицинского персонала почти удвоилась. В последующие годы сохранялся высокий темп наращивания количества врачей. Демонтаж системы Семашко остановил этот процесс: численность врачей немного увеличилась, но к 2015 г. практически соответствует 1990 г. (100,85%). Немного лучше удельный показатель: 102% на 10 000 чел. Численность медицинского персонала в настоящее время примерно соответствует 1980 г. (84,04% и 87,53%) [4–10].

Еще нагляднее реформенные потери видны на данных о количестве лечебных организаций, приведенных в % к 1990 г. (рис. 1).

Система Семашко включала медицинскую вертикаль, в которой пациент получал медицинскую помощь, начиная от фельдшерского пункта в сельской местности и

в медпункте на производстве до специализированной клиники, если необходимо. Подобная доступность требовала широкого территориального присутствия медицинских организаций. Демонтаж системы Семашко стоил общественному здравоохранению России более 40% больничных коек и более 57% больничных организаций.

Следует отметить, что реформы повысили мощность врачебных амбулаторно-поликлинических организаций: увеличилось количество посещений в смену с 3 221,7 тыс. в год в 1990 г. до 3 861 тыс. в год в 2015 г., почти на 20%.

Анализ деятельности Федерального фонда ОМС¹ за 2015 г. показал, что основные доходы бюджета Фонда получал от страховых взносов на ОМС работающего населения по тарифу 5,1% со всех сумм выплат и иных вознаграждений в пользу физических лиц без ограничения предельной величины. Выпадающие доходы в связи с применением специальных налоговых режимов пониженных тарифов компенсировались за счет федерального бюджета.

По состоянию на 1 апреля 2014 г. численность застрахованных составила 146,1 млн чел., из них: работающих – 61 млн чел. (41,8% от общей численности застрахованных), неработающих – 85,1 млн чел. (58,2%).

Доходы бюджета Федерального фонда на 2015 г. были утверждены в сумме 1 619 774 009,1 тыс. руб. Бюджет Федерального фонда за 2015 г. был исполнен по доходам в сумме 1 573 543 366 тыс. руб. (97,1% утвержденного объема) за счет страховых взносов на обязательное медицинское страхование от:

- 1) работающего населения 921 348 778,1 тыс. руб. (58,5%);
- 2) неработающего населения, в сумме 616 285 452,5 тыс. руб. (39,2%);
- 3) межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в сумме 23 860 000 тыс. руб. (1,5%);

¹ Отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 г.

- 4) иных доходов в сумме 12 049 135,4 тыс. руб. (0,8%).

Расходы Федерального фонда ОМС утверждались в сумме 1 668 267 517,1 тыс. руб., в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации – 19 030 000 тыс. руб.

Расходование средств бюджета Федерального фонда осуществлялось в строгом соответствии с целями, установленными Федеральным законом о бюджете.

На выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в 2015 г. в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования было направлено 1 427 051 543,7 тыс. руб.

Финансовое обеспечение средствами обязательного медицинского страхования за счет субвенции в расчете на одно застрахованное лицо составило 9 764,7 руб.

После выполнения в 2015 г. всех текущих расходных обязательств в бюджет Федерального фонда была передана дотация на сбалансированность в размере 92 122 668,6 тыс. руб.

Анализ параметров бюджета Федерального фонда ОМС 2016 г. показал, что его размер ежегодно возрастает, и бюджет обеспечивает нужды здравоохранения на 60% [11–15]. Данная оценка нивелирует достижения Фонда. Создается впечатление, что стоит увеличить финансирование в два раза – и все потребности общественного здравоохранения будут удовлетворены. К сожалению, потребности в финансировании медицинских реформ сложно поддаются расчету, да и транзакционные издержки звена страховых медицинских организаций нарастают с его развитием.

Бюджет 2016 г. рассчитан исходя из численности граждан по состоянию на 1 апреля 2015 г.: 146,5 млн чел., в том числе неработающего населения – 85,1 млн чел.

По сравнению с 2015 г. доходы фонда ОМС увеличатся на 42 млрд руб., или на 2,6% (всего доходов запланировано было 1 661,7 млрд руб.). Доходы получены в строгом соответствии с Бюджетным кодексом РФ, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» и Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Основная часть полученных доходов (98,5%) обеспечена поступлениями страховых взносов на ОМС работающего населения и страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Как видно из таблицы, удельный вес работающего населения увеличился до 62,25% (прирост 1,2%) в 2016 г. по сравнению с предыдущим годом.

Несмотря на реформы, базовая программа ОМС имеет глубокое наполнение, сопоставимое со стандартами здравоохранения системы Семашко. Так, в России диспансеризацией охвачено практически все население.

В 2013 г. диспансеризацию прошли более 30 млн чел., в 2014 г. – более 40 млн чел., в 2015 г. – 45 млн чел. За счет субвенции оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в базовую программу ОМС.

С 2014 г. наиболее востребованные 459 методов высокотехнологичной медицинской (ВМП) помощи начали оплачиваться за счет средств ОМС в рамках базовой программы. В 2014 г. ВМП получили 229 тыс. чел., в том числе 24 тыс. детей, в 2015 г. – 353 тыс. чел., в том числе 38,4 тыс. детей.

В 2016 г. в базовую программу дополнительно включено еще 54 метода ВМП – это самые сложные операции и методы лечения

поджелудочной железы, печени, желудочно-кишечного тракта, хирургия надпочечников, офтальмология, урология, эндокринологические заболевания.

В 2016 г. на эти цели в бюджете ФОМС предусмотрено 96,7 млрд руб., что на 14,6 млрд руб., или на 18% больше 2015 г. Всего за 2015 г. ВМП оказана более 811 тыс. пациентов, что в 2,3 раза больше предыдущего года.

С 2012 г. на систему ОМС возложена реализация Программы «Земский доктор».

В целях улучшения демографической ситуации в 2016 г. предусмотрено предоставление межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда бюджету Фонда социального страхования РФ на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в сумме 18,8 млрд руб.

Реформы дали толчок к развитию страховых организаций. В 2015 г. из общего количества (360) страховых организаций 59 осуществляли деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по сравнению с 2014 г. их количество осталось без изменения.

Объем средств, поступивших на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, в 2015 г. составил 1 463,5 млрд руб., что больше, чем в 2014 г., на 13,3%. Средства, использованные страховыми медицинскими организациями на оплату медицинской помощи застрахованным лицам, в 2015 г. составили 1 455 млрд руб., по сравнению с 2014 г. увеличились на 11,8%. В доход страховых медицинских организаций направлено 4,4 млрд руб. (105,4% к уровню 2014 г.).

За четыре года рост поступлений составил 183%, а рост расходов – 181%. При этом возврат от медицинских организаций увеличился более чем в три раза (321%) (табл. 1–3). Рост доходов медицинских организаций составил 197% за анализируемый период.

Анализ данных *табл. 4* позволяет выявить цену работы звена страховых компаний в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

Смысл работы этого звена – обеспечение качества медицинских услуг. Фактически выполняется другая функция. Так, за четыре года в виде санкций страховые организации получили от медицинских организаций 205 382,2 млн руб., 190 136 млн руб. возвращены источнику (Фонд ОМС). То есть страховые организации выполнили функцию иммобилизации денежных средств Фонда ОМС и медицинских организаций. Подобная практика снижает эффективность системы общественного здравоохранения, так как, очевидно, на эти суммы услуги пациентам не были оказаны. При этом страховые организации за выполнение этой работы получили за четыре года доход в размере 14 242 млн руб., которые также могли быть освоены медицинскими организациями в профильной деятельности.

Возможно ли исключение звена страховых медицинских организаций из системы общественного здравоохранения? Действительно ли конкуренция страховщиков за клиента так ценна и эффективна? Системный подход избавляет систему от избыточной конкуренции, при этом выбор, безусловно, должен быть у застрахованного, у пациента. Как выбор тарифного плана, так и выбор лечебного учреждения, однако выбор страховой компании для получения полиса ОМС не имеет существенного значения.

Это подход (исключения избыточных звеньев) уже реализуется Минздравом России. В 2015 г. им подготовлены изменения в порядок финансирования высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) для федеральных медицинских организаций. Законопроект не изменяет объемов и характера финансирования, а совершенствует логику финансовых потоков, создавая единый прозрачный канал финансирования.

Предложенные поправки в законодательство разрешат Федеральному фонду ОМС напрямую финансировать такие клиники за

ВМП, которая еще не включена в базовую программу обязательного медицинского страхования [16]. При этом с 2015 г. оплата всей высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется по «полному тарифу» в разрезе клинко-статистических групп и включает все статьи затрат. Предусмотрена регулярная корректировка видов ВМП путем включения новых, основанных на достижениях медицинской науки, методов и перевода в базовую программу ОМС.

В настоящее время трансформация финансирования системы общественного здравоохранения призвана обеспечить страховой характер медицины и достижения как демографических параметров западной медицины (или как минимум достижения советской медицины), так и обеспечения доступности и качества медицинских услуг. При этом действующая система является не вполне страховой, поскольку фактически формируемый страховыми взносами внебюджетный фонд проводит оплату медицинских услуг через посредников. При страховой модели плательщик всегда один – это страхователь, частное лицо, гражданин, который в определенных случаях получает финансовую помощь по оплате страховой премии от сострахователя: работодателя или государства.

Поэтому, на наш взгляд, альтернативой рыночно-конкурентному подходу является подход системный, имеющий большой потенциал роста эффективности в сфере общественного здравоохранения. Учет состояния, тренда развития, особенностей системы любого бизнеса как факторов, влияющих на стратегические решения, имеет широкую практику. Однако если развивать такой подход, необходимо проектировать организационно-экономические и финансовые медицинские подсистемы. То есть снижать внутреннюю конкуренцию за ресурсы (кто больше потребит), заменяя ее системным симбиозом и кооперацией, рост рынка заменить на эволюцию системы, конкуренцию за пациента заменить на воздействие на уровень социального и физического здоровья сообществ, каждый рубль страховых платежей

конвертировать в вовлечение созидания своего человеческого капитала. При всей кажущейся фантастичности это реальная задача, которая по силам модернизированной системе Семашко. Опыт самых эффективных систем

здравоохранения на планете – Китая и Кубы, которые не стали заложниками либеральных реформ, доказывает возможность и необходимость системного реформирования в России.

Таблица 1

Динамика врачебного персонала системы общественного здравоохранения России (1940–2016 гг.)

Table 1

Changes in the number of medical personnel of the public health system of Russia in 1940–2016

Годы	Численность врачей		Численность медицинского персонала	
	Всего, в % к 1990 г.	На 10 тыс. чел. в % к 1990 г.	Всего, в % к 1990 г.	На 10 тыс. чел. в % к 1990 г.
1940	12,32	16,44	16,22	21,62
1950	22,31	32,22	25,04	36,09
1960	34,95	42,89	45,3	55,63
1970	52,06	59,11	67,42	76,53
1980	79,65	85,11	87,53	93,49
1990	93,02	96	95,27	98,39
1995	100	100	100	100
2000	97,96	98,67	88,33	89,07
2001	101,93	104	84,79	86,5
2002	101,57	104,22	83,75	85,85
2003	102,26	105,33	84,44	86,98
2004	102,8	106,44	84,14	87,06
2005	103,13	107,11	83,83	87,06
2006	103,45	108	82,96	86,58
2007	105,23	109,11	83,79	86,9
2008	105,99	110,22	83,65	86,9
2009	105,47	109,56	81,95	85,13
2010	106,59	110,67	82,3	85,37
2011	107,27	111,33	81,82	84,89
2012	109,82	113,78	82,99	86,01
2013	105,38	109,11	82,45	85,29
2014	105,29	108,67	82,35	84,97
2015	106,31	107,78	82,71	83,84
2016	100,85	102	84,04	85,05

Источник: составлено автором по материалам сайта Минздрава РФ. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/>

Source: Authoring, based on the RF Ministry of Health website. URL: <https://www.rosminzdrav.ru>

Таблица 2

Структура и динамика взносов на ОМС (2015–2016 гг.)

Table 2

A structure and trends in contributions for compulsory health insurance in 2015–2016

Показатель, млн руб.	2015	Удельный вес, %	2016	Удельный вес, %
Страховые взносы	1 584,7	100	1 636,2	100
Работающего населения	967,4	61,05	1 018,5	62,25
Неработающего населения	617,3	38,95	617,7	37,75

Источник: составлено автором по материалам сайта Росстата.

Source: Authoring, based on Rosstat data.

Таблица 3

Основные показатели медицинских страховых организаций РФ (2012–2015 гг.)

Table 3

Key performance indicators of insurance organizations of the Russian Federation in 2012–2015

Показатель в % к 2012 г.	2012	2013	2014	2015
Средства, поступившие от территориальных фондов на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования	100	159	180	204
Средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	100	207	290	321
Средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц	100	103	118	145
Прочие поступления целевых средств	100	8	3	2
Поступило средств, всего	100	143	162	183
На оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию	100	161	186	208
Направлено в доход страховой медицинской организации	100	150	187	197
Прочее использование целевых средств	100	6	0	0
Возврат целевых средств источнику финансирования	100	82	67	90
Использовано средств, всего	100	141	162	181

Источник: составлено автором по материалам сайта Росстата.

Source: Authoring, based on Rosstat data.

Таблица 4

Основные показатели работы медицинских страховых организаций (2012–2015 гг.), млн руб.

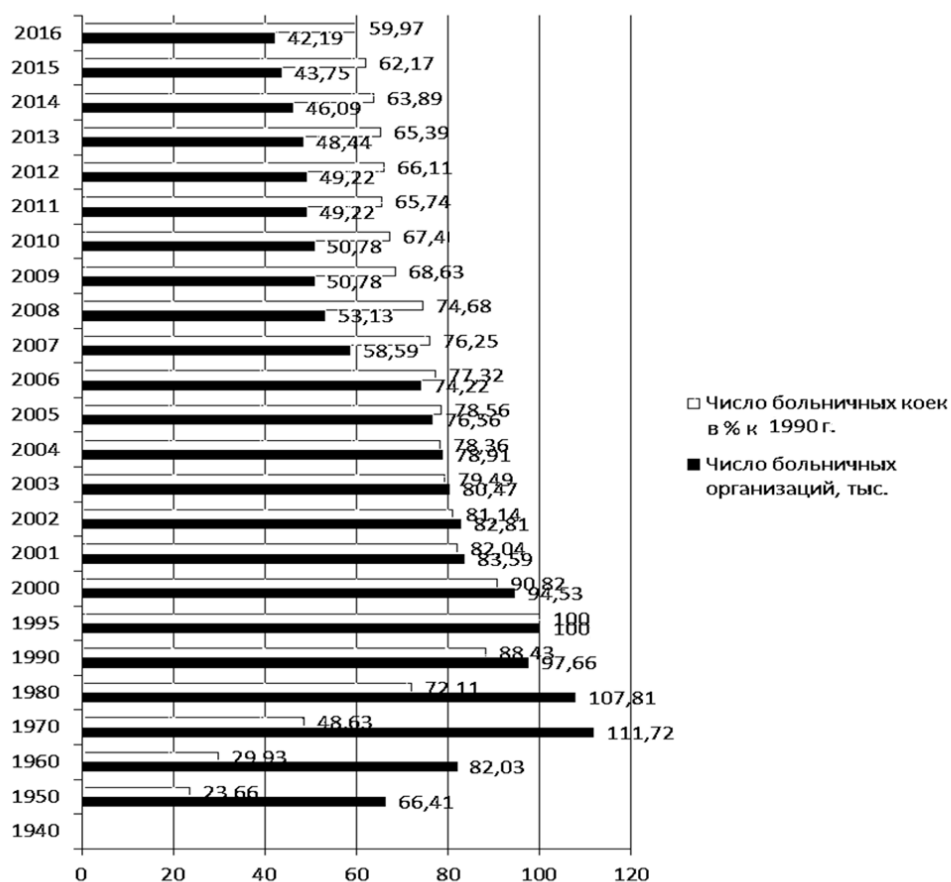
Table 4

Key performance indicators of medical insurance organizations in 2012–2015, million RUB

Показатель	2012	2013	2014	2015	Удельный вес, %
Средства, поступившие от территориальных фондов на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования	718 801,9	1 145 366,3	1 291 923,2	1 463 507	95,21
Средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	22 380,4	46 302,2	64 916,3	71 783,3	4,67
Средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц	11,9	12,3	14	17,2	0
Прочие поступления целевых средств	9 9041,7	8 069	3 280,8	1 804,2	0,12
Поступило средств, всего	840 235,9	1 199 749,9	1 360 134,4	1 537 111,7	100
На оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию	701 093,2	1 127 859,5	1 300 988,5	1 454 960,2	94,66
Направлено в доход страховой медицинской организации	2 245,6	3 373	4 198,4	4 425	0,29
Прочее использование целевых средств	101 411	6 379,3	353,1	369,4	0,02
Возврат целевых средств источнику финансирования	56 164,5	46 215,5	37 434,2	50 321,8	3,27
Использовано средств, всего	804 749,8	137 611,7	1 305 540	1 459 754,6	94,97

Источник: составлено автором по материалам сайта Росстата.

Source: Authoring, based on Rosstat data.

Рисунок 1**Динамика количества медицинских организаций (1940–2016 гг.)****Figure 1****Changes in the number of medical organizations in 1940–2016**

Источник: составлено автором по материалам сайта Минздрава РФ. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/>

Source: Authoring, based on the Ministry of Health of the Russian Federation website data.

URL: <https://www.rosminzdrav.ru>

Список литературы

1. *Акерман С.Г., Визерс С. и др.* Добровольное медицинское страхование. М.: Российский юридический издательский дом, 1995. 301 с.
2. *Артеменко Д.А., Соколов А.А.* Финансовые инструменты стратегии обеспечения качества доступности медицины в России // Перспективы и ограничения устойчивого социохозяйственного развития России. М., Краснодар: Научно-исследовательский институт истории, экономики и права, 2016. С. 203–223.
3. *Ахведиани Ю.Т.* Развитие страхового рынка России // *Финансы*. 2008. № 11. С. 47–49.
4. *Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Кириллов А.В., Федотов В.А.* Административная реформа и здравоохранение // *Скорая медицинская помощь*. 2004. № 4. С. 12–16.
URL: <http://szgmu.ru/files/smp/2004%E2%84%964.pdf>
5. *Гехт И.А.* О некоторых проблемах функционирования страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования // *Менеджер здравоохранения*. 2015. № 2. С. 33–36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-nekotoryh-problemah-funktsionirovaniya-strahovyh-meditsinskih-organizatsiy-v-sisteme-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya>
6. *Данилов А.В., Гришина Л.А.* Новые аспекты финансирования в сфере здравоохранения // *Вестник Воронежского государственного технического университета*. 2009. Т. 5. № 5. С. 159–160.
7. *Дегтярев А., Маликов Р.* Коррупционная основа административных барьеров // *Вопросы экономики*. 2003. № 11. С. 78–87.
8. *Катанова Е.Г.* Основные этапы развития системы финансирования здравоохранения в России // *Экономика и предпринимательство*. 2008. № 2. С. 5–8.
9. *Кравченко Н.А., Старченко А.А., Гришина Н.И.* Реформа обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации глазами страховщика // *Экономика здравоохранения*. 2008. № 8. С. 18–22.
10. *Комаров Ю.М.* Организация медицинского страхования в России и за рубежом // *Вестник государственного социального страхования*. 2005. № 9. С. 16–23.
URL: http://www.vgss.ru/archive/2005_9/16.php
11. *Лаврова Ю.А.* Обязательное медицинское страхование – опыт ФРГ // *Финансы*. 2003. № 8. С. 47–49.
12. *Маянлаева Г.И.* Оценка состояния и тенденций развития страхования в Казахстане // *Финансы и кредит*. 2008. № 29. С. 51–58. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-sostoyaniya-i-tendentsiy-razvitiya-strahovaniya-v-kazahstane>
13. *Обыденов А.* Институциональные особенности саморегулирования бизнеса // *Вопросы экономики*. 2003. № 11. С. 88–98.
14. *Соколова И.В.* О бюджете федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год // *Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации*. 2016. № 1. С. 10–13. URL: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/a3d/a3d5b4cf5431594d293597d8d6487354.pdf>
15. *Татарников М.А.* Краткий обзор экономических реформ российского здравоохранения // *Экономика здравоохранения*. 2006. № 4. С. 55–59.

16. *Эстрин В.* ОМС и реформа здравоохранения // Атлас страхования. 2006. № 4. С. 47–49.
URL: <http://www.ininfo.ru/mag/2006/2006-04/2006-04-013.html>

Информация о конфликте интересов

Мы, авторы данной статьи, со всей ответственностью заявляем о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

THE TRANSFORMATION OF PUBLIC HEALTH IN RUSSIA: AN ANALYSIS OF SUSTAINABILITY

Dmitrii A. ARTEMENKO^{a,*}, Andrei A. SOKOLOV^b^a Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russian Federation
daartemenko@sfedu.ru^b Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russian Federation
aasokolov@sfedu.ru

* Corresponding author

Article history:Received 26 July 2017
Received in revised form
3 October 2017
Accepted 23 October 2017
Available online
15 November 2017**JEL classification:** H21, H32,
H83**Keywords:** insurance
administration, compulsory
health insurance, health care
reform, financing**Abstract****Importance** The subject of this paper is the system of financial and economic relations in the national health system transformation process.**Objectives** The paper aims to analyze the efficiency of the national public health system to identify its advantages and disadvantages, and offer some recommendations for further reform.**Methods** For the study, we used the normative and complex approaches, general scientific and special methods of scientific knowledge like observation, grouping, sampling, comparison, and generalization.**Conclusions** The present national health system is focused on the public health services access and quality. However, the modernization increases a financial burden on the compulsory health insurance system and insured citizens. It is necessary to return to the budgetary financing to strengthen the insurance nature of the compulsory medical insurance. The public health model needs to be introduced through a modernized Semashko public health insurance system. An important condition for the successful functioning of the revitalized health system is the abandonment of Western countries' experience in favor of the development of insurance administration institution, which can be described as part of social and economic regulation with built-in feedback.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2017

Please cite this article as: Artemenko D.A., Sokolov A.A. The Transformation of Public Health in Russia: An Analysis of Sustainability. *Finance and Credit*, 2017, vol. 23, iss. 42, pp. 2498–2510.
<https://doi.org/10.24891/fc.23.42.2498>**Acknowledgments**

We express our gratitude and deep appreciation to Oleg Yu. SVIRIDOV, Doctor of Economics, Professor, Head of the Department of Finance of the Southern Federal University, and Olga S. BELOKRYLOVA, Doctor of Economics, Professor of the Department of Economic Theory of the Southern Federal University, for their advice and valuable comments during the work on this article.

References

1. Akerman S.G., Viziers S. et al. *Dobrovol'noe meditsinskoe strakhovanie* [Voluntary medical insurance]. Moscow, Rossiiskii yuridicheskii izdatel'skii Dom Publ., 1995, 301 p.
2. Artemenko D.A., Sokolov A.A. *Finansovye instrumenty strategii obespecheniya kachestva dostupnosti meditsiny v Rossii. V kn.: Perspektivy i ogranicheniya ustoychivogo sotsiokhozyaystvennogo razvitiya Rossii* [Financial instruments for a strategy to ensure the quality of medical accessibility in Russia. In: Prospects and restrictions of sustainable socio-economic development in Russia]. Moscow, Krasnodar, History, Economics and Law Research Institute Publ., 2016, pp. 203–223.
3. Akhvlediani Yu.T. [Development of the insurance market of Russia]. *Finansy = Finance*, 2008, no. 11, pp. 47–49. (In Russ.)

4. Bagnenko S.F., Stozharov V.V., Kirillov A.V. et al. [Administrative reform and health care]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch' = Emergency Medical Care*, 2004, no. 4, pp. 12–16. (In Russ.) URL: <http://szgmu.ru/files/smp/2004%E2%84%964.pdf>
5. Gekht I.A. [On certain issues occurring in medical insurance organizations functioning in the mandatory medical insurance system]. *Menedzher zdavookhraneniya = Manager of Health Care*, 2015, no. 2, pp. 33–36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-nekotoryh-problemah-funktsionirovaniya-strahovyh-meditsinskih-organizatsiy-v-sisteme-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya> (In Russ.)
6. Danilov A.V., Grishina L.A. [New aspects of financing in sphere of public health services]. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta = Proceedings of Voronezh State University. Series: Economics and Management*, 2009, vol. 5, no. 5, pp. 159–160. (In Russ.)
7. Degtyarev A., Malikov R. [Corrupt basis of administrative barriers]. *Voprosy Ekonomiki*, 2003, no. 11, pp. 78–87. (In Russ.)
8. Katanova E.G. [The basic stages of development of system of financing of public health services in Russia]. *Ekonomika i predprinimatel'stvo = Journal of Economy and Entrepreneurship*, 2008, no. 2, pp. 5–8. (In Russ.)
9. Kravchenko N.A., Starchenko A.A., Grishina N.I. [Insurer's view on the reform of the obligatory medical insurance of citizens of the Russian Federation]. *Ekonomika zdavookhraneniya*, 2008, no. 8, pp. 18–22. (In Russ.)
10. Komarov Yu.M. [Organization of health insurance in Russia and abroad]. *Vestnik gosudarstvennogo sotsial'nogo strakhovaniya = Bulletin of State Social Insurance*, 2005, no. 9, pp. 16–23. (In Russ.) URL: http://www.vgss.ru/archive/2005_9/16.php
11. Lavrova Yu. [Compulsory health insurance: the experience of Germany]. *Finansy = Finance*, 2003, no. 8, pp. 47–49. (In Russ.)
12. Mayanlaeva G.I. [Assessment of the state and development trends of insurance in Kazakhstan]. *Finansy i kredit = Finance and Credit*, 2008, no. 29, pp. 51–58. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-sostoyaniya-i-tendentsiy-razvitiya-strahovaniya-v-kazahstane> (In Russ.)
13. Obydenov A. [Institutional specifics of business self-regulation]. *Voprosy Ekonomiki*, 2003, no. 11, pp. 88–98. (In Russ.)
14. Sokolova I.V. [On the budget of the federal fund of compulsory medical insurance for 2016]. *Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie v Rossiiskoi Federatsii = Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, 2016, no. 1, pp. 10–13. URL: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/a3d/a3d5b4cf5431594d293597d8d6487354.pdf> (In Russ.)
15. Tatarnikov M.A. [The review of economical reforms of Russian health care]. *Ekonomika zdavookhraneniya*, 2006, no. 4, pp. 55–59. (In Russ.)
16. Estrin V. [Compulsory health insurance and health care reform]. *Atlas strakhovaniya*, 2006, no. 4, pp. 47–49. <http://www.ininfo.ru/mag/2006/2006-04/2006-04-013.html> (In Russ.)

Conflict-of-interest notification

We, the authors of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.