

## ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ\*

Юрий Алексеевич АЛТЫНОВ

старший преподаватель департамента общественных финансов,  
Финансовый университет при Правительстве РФ,  
Москва, Российская Федерация  
YAAltynov@fa.ru  
ORCID: отсутствует  
SPIN-код: отсутствует

### История статьи:

Рег. № 554/2020  
Получена 01.10.2020  
Получена в  
доработанном виде  
15.10.2020  
Одобрена 29.10.2020  
Доступна онлайн  
17.07.2023

Специальность: 5.2.4

УДК 338.012(045)

JEL: H51, I11, I13,  
I15, I18

### Ключевые слова:

коронавирус,  
обязательное  
медицинское  
страхование,  
государственные  
гарантии, бесплатная  
медицинская помощь,  
расходы на  
здравоохранение

### Аннотация

**Предмет.** Механизмы страховой модели финансирования отечественного здравоохранения с точки зрения готовности к экстремальному режиму работы, вызванному распространением новой коронавирусной инфекции.

**Цели.** Дать оценку финансовой устойчивости российской модели обязательного медицинского страхования при борьбе с пандемией и сформировать предложения по совершенствованию обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

**Методология.** Используются методы логического и статистического анализа, сравнения и иные общенаучные методы.

**Результаты.** Отмечено, что государственный бюджет в отечественной системе здравоохранения по-прежнему играет главенствующую роль. Экстремальные условия, вызванные пандемией COVID-19, негативно отразились на финансовой стабильности медицинских учреждений. При этом не предусмотрены механизмы компенсации финансовых потерь при экономической нестабильности.

**Выводы.** Необходима модернизация ключевых элементов финансовой модели ОМС: повышение прозрачности тарифной политики, разделение финансовых рисков, автоматизация операционных процессов при управлении отраслью и др. Следует продолжить реформу общественного здравоохранения на базе пациентоориентированного подхода через усиление амбулаторной медицинской помощи, развитие телемедицинских услуг, внедрение программ управления хроническими заболеваниями и др.

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2020

**Для цитирования:** Алтынов Ю.А. Проблемы финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в экстремальных условиях // Региональная экономика: теория и практика. – 2023. – Т. 21, № 7. – С. 1257 – 1284.  
<https://doi.org/10.24891/re.21.7.1257>

## **Определение угроз и вызовов финансовым моделям национальных систем здравоохранения при экстремальных условиях функционирования**

Как показывает история медицины, модернизация базовых основ национальных систем здравоохранения всегда происходила под влиянием экстремальных факторов в виде различных эпидемиологических процессов, которые становились серьезными угрозами общественному здоровью. Так, только за прошлый XX в. массовые инфекционные болезни в виде пандемии испанки (1918 г.), азиатского гриппа (1957 г.) и гонконгского гриппа (1968 г.) приводили к катастрофам не только для отрасли здравоохранения, но и для человечества в целом. К примеру, результатом опустошительной пандемии испанки 1918 г. (550 млн заболевших, или 29,5% населения планеты) стало сокращение на 10 лет роста человеческой популяции Земли [1].

Последние исследования в области медицины показывают, что вирусы гриппа продолжают эволюционное развитие и переходят на первостепенные позиции для эпидемиологического надзора [2]. Наглядным примером является текущая пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19), признанная 11 марта 2020 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) мировой пандемией.

Катастрофические масштабы распространения вирусной инфекции нового типа стали ключевой проблемой 2020 г. для всего мирового сообщества, что заставило государства в спешном порядке переосмысливать действующие подходы к реализации политики в сфере здравоохранения. Следует отметить, что даже развитые страны (США, Германия, Италия, Испания, Франция и др.) с «доказанной» эффективностью национальных систем здравоохранения не смогли остановить развитие эпидемиологического процесса COVID-19 [3].

Помимо эпидемиологического процесса экстремальные условия для охраны общественного здоровья могут создавать другие факторы: военные действия, демографические кризисы, техногенные катастрофы и др. При этом в условиях рыночной экономики на первый план выходит проблема финансового обеспечения медицинской помощи при аномально высокой нагрузке на мощности системы здравоохранения.

Так, в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения «Об устойчивом финансировании здравоохранения, всеобщем охвате услугами

---

<sup>\*</sup> Статья подготовлена по материалам журнала «Финансы и кредит». 2020. Т. 26. Вып. 11.

здравоохранения и медико-социальном страховании» (WHA58.33, 2005 г.) указывается, что дальнейшее развитие национальных систем здравоохранения должно гарантировать гражданам доступ к необходимым медицинским службам при одновременной защите поставщиков медицинских услуг от финансового риска.

Однако современные модели финансирования медицинской помощи все больше зависят от общей экономической ситуации, уровня безработицы и демографических процессов в стране. Актуальные вызовы свидетельствуют о том, что дальнейшее развитие здравоохранения для сохранения финансовой устойчивости страховой модели нуждается в пересмотре действующих подходов к моделям финансового обеспечения предоставления медицинской помощи населению.

На текущем этапе развития в европейском регионе можно выделить две модели финансирования отрасли здравоохранения: бюджетную и страховую.

Характерной чертой бюджетной модели (Великобритания, Испания, Италия, Дания и др.), является значительная роль государства в организации всех элементов системы здравоохранения. Главным источником финансирования медицинской помощи населению в данной модели служат немаркированные доходы (налоговые, неналоговые и безвозмездные поступления) государственного бюджета. Большая часть медицинских услуг оказывается государственными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) и включена в расходные обязательства центрального правительства, а управление системой здравоохранения осуществляется государством в централизованном режиме [4].

Страховая модель (Франция, Германия, Канада, Япония, Нидерланды, Россия и др.) основывается на принципах комбинированной экономики здравоохранения, сочетая рынок медицинских услуг с развитой системой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Программы обязательного медицинского страхования, встроенные в систему обязательного социального страхования, охватывают практически все население при софинансировании государством целевых страховых фондов [5].

Сравнительный анализ бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения представлен в *табл. 1*.

Очевидно, что каждая модель здравоохранения имеет свои преимущества и недостатки, а продуктивность применения конкретной модели для страны может быть обусловлена целым рядом факторов (территориальных, исторических, демографических, экономических и др.) [6]. Характеристика плюсов и минусов рассматриваемых моделей финансирования отрасли здравоохранения приведена в *табл. 2*.

Как показывает практика распространения коронавируса, эффективность борьбы национальной системы здравоохранения с пандемией напрямую не зависит от применяемой модели финансового обеспечения медицинской помощи [7]. Такие преимущества, как конкуренция среди поставщиков медицинских услуг (для страховой модели) или отсутствие финансовых посредников (для бюджетной модели) не играют решающей роли в стабилизации эпидемиологической обстановки.

При этом как в странах со страховой моделью, так и в странах с бюджетной моделью мировая пандемия COVID-19 выявила однотипные группы проблем в системной организации охраны общественного здоровья, включая:

- оперативность реагирования национальных систем на чрезвычайные ситуации;
- отсутствие единых подходов к обеспечению эпидемиологического надзора;
- обмен медицинским опытом при лечении пациентов;
- низкий объем резервов по медицинским и кадровым ресурсам;
- неготовность фармацевтической отрасли к резким производственным маневрам и др.

Таким образом, можно отметить положительный эффект от пандемии коронавируса, заключающийся в том, что национальные государства наконец-то перестали рассматривать здравоохранение только как сферу услуг и перевели ее в статус стратегически значимой отрасли.

### **Характеристика особенностей и проблем финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в России**

По аналогии с зарубежной практикой обязательного социального страхования в отечественном дизайне системы ОМС заложен принцип

«богатый платит за бедного, здоровый — за больного», то есть основные взносы в фонды ОМС должны обеспечиваться экономически активным населением в зависимости от уровня оплаты труда [8].

Реализация конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь в России осуществляется через механизм территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ), составной частью которых является базовая программа ОМС. Согласно ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, способы оплаты медицинской помощи, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

Общая блок-схема организации финансового обеспечения медицинской помощи по базовой программе ОМС представлена на *рис. 1*.

Для оценки положительных и отрицательных сторон российской модели ОМС с позиции готовности к экстремальным условиям функционирования проведен SWOT-анализ, результаты которого представлены в *табл. 3*.

Как видно из представленного SWOT-анализа, слабые стороны финансовой модели ОМС можно отнести к системным недостаткам отечественной отрасли здравоохранения как части экономики страны. При этом в отличие от классических зарубежных аналогов страховой медицины (Германия, Франция, Нидерланды) в российском дизайне обязательного социального страхования следует выделить высокое влияние государственных институтов власти на всех участников программ ОМС.

Во-первых, в территориальных программах государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи бюджетные ресурсы занимают значительную долю в общей структуре финансирования. Так, на 2020 г. в восьми крупных регионах РФ с городами-миллионерами (без учета Москвы, Санкт-Петербурга и Московской области) процент бюджетных средств, направляемых в виде страховых взносов за неработающее население, в общем объеме финансового обеспечения базовой программы ОМС составлял в среднем 22,2% (*табл. 4*).

Во-вторых, базовая программа ОМС охватывает не все медицинские услуги, в частности, финансирование лечения социально-значимых заболеваний (венерология, психиатрия, наркология, туберкулез, ВИЧ-инфекция, СПИД и др.) осуществляется через механизм предоставления

субсидии медицинским учреждениям на финансовое обеспечение выполнения государственного задания.

В-третьих, основным субъектом инвестиционной деятельности в отрасли здравоохранения также выступает государство в рамках программно-целевых мероприятий бюджета федерального и регионального уровней. При этом в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в структуру тарифа ОМС заложены расходы на приобретение основных средств стоимостью не более 100 000 руб. за единицу.

В-четвертых, главные поставщики медицинских услуг в системе ОМС по форме собственности относятся к государственным учреждениям здравоохранения, что влияет на распределение объемов медицинской помощи в пользу бюджетного сектора экономики здравоохранения.

Таким образом, данные о структуре и объемах финансирования отрасли здравоохранения опровергают тезисы о том, что модель ОМС в России является автономной и находящейся за рамками бюджетной системы. С одной стороны, это свидетельствует о подконтрольности государству медицинского капитала, что приобретает особую важность при функционировании в экстремальных условиях. С другой стороны, недостаточная реализация страховых принципов в российской модели ОМС вызывает вопросы о возможности возврата к бюджетной модели финансирования и исключения посредников (фонды ОМС, страховые компании) из системы охраны здоровья россиян.

При анализе проблемы финансовой модели российского здравоохранения, связанной с распространением коронавируса, важно оценить влияние пандемии на снижение финансовых поступлений в систему ОМС. Эпидемия негативно отразилась на отечественном рынке труда в виде роста числа безработных, снижения уровня оплаты труда и увеличения случаев неформальной («серой») заработной платы. В свою очередь нестабильность на рынке труда негативно повлияла на целевые страховые взносы в фонды ОМС.

Так, в апреле 2020 г. темп ежемесячного прироста страховых взносов в федеральный фонд ОМС составил отрицательные 2,7%, а в мае 2020 г. данный показатель снизился до 15,5%, что заметно ниже показателей за 2018 и 2019 гг. (табл. 5).

По информации Минфина России, за 2018 и 2019 гг. размер дефицита бюджета ФФОМС составлял 92,6 млрд руб. и 62,7 млрд руб. соответственно, следовательно, планируемый на 2020 г. дефицит ФФОМС в размере 1,4 млрд руб.<sup>1</sup> на фоне текущей пандемии выглядит крайне оптимистичным и требует кардинального уточнения (*табл. 6*).

Нарастающий объем дефицита Федерального фонда ОМС в кризисных условиях может потребовать изменения действующих механизмов компенсации выпадающих доходов, включая возможность покрытия дефицита ФФОМС напрямую за счет средств федерального бюджета. В итоге основная часть расходных обязательств ФФОМС в виде субвенций (2,225 трлн руб. на 2020 г.<sup>2</sup>), распределяемых по территориальным фондам в субъектах РФ, может потребовать прямого участия федерального и регионального бюджетов.

При этом пандемия вируса COVID-19 затронула и содержание ключевых бизнес-процессов в финансовом обеспечении медицинской деятельности, включая:

- 1) резкое сокращение объема амбулаторной медицинской помощи в связи со снижением плановых и профилактических обращений в поликлинику, включая диспансеризацию;
- 2) перераспределение медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в пользу инфекционных заболеваний, терапии, анестезиологии и реанимации;
- 3) приостановку деятельности некоторых медицинских учреждений системы ОМС, закрытых на карантин;
- 4) перепрофилирование коечного фонда больниц под лечение коронавируса.

Перечисленные обстоятельства могут приводить к разбалансировке сложившихся финансовых потоков в системе ОМС, что напрямую влияет на общую финансовую устойчивость отрасли здравоохранения [9, 10].

Так, в условиях ухудшения эпидемиологической обстановки возникает ситуация перегруженности коечного фонда по таким профилям медицинской помощи как «терапия», «инфекционные болезни», «пульмонология» и «анестезиология и реанимация», но при этом резко

<sup>1</sup> Федеральный закон от 02.12.2019 № 382-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

<sup>2</sup> Там же.

снижаются объемы плановых пациентов по другим профилям медицинской помощи. По причине того, что в системе ОМС стоимость законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара является одной из самых высоких, сокращение объемов пролеченных больных будет приводить к снижению значительной части доходов у медицинских организаций. Таким образом, разбалансировка в финансовом обеспечении круглосуточного стационара может послужить причиной роста просроченной кредиторской задолженности, что негативно скажется на общей платежеспособности поставщиков медицинских услуг.

При этом, несмотря на государственную форму собственности большинства медицинских организаций (бюджетного и автономного типа), публично-правовые образования в лице органов управления здравоохранением не несут субсидиарную ответственность за неисполненные денежные обязательства своих подведомственных учреждений<sup>3</sup>. В свою очередь страховые компании также не несут страховых рисков компенсации медицинским организациям расходов при резком снижении планируемых объемов медицинской помощи. В конечном счете единственным участником, который на данный момент несет финансовые риски при реализации программ ОМС, является только медицинская организация.

В итоге анализа особенностей финансового обеспечения медицинской помощи в системе ОМС можно отметить, что наша страна отличается гибридным характером реализации страховых механизмов финансирования с административно-командным подходом к менеджменту в сфере здравоохранения. Таким образом, в российском гибриде системы ОМС с точки зрения эффективности борьбы с пандемией наблюдаются как положительные стороны, связанные с возможностью прямого государственного регулирования, так и отрицательные стороны, обусловленные слабым уровнем финансовой защиты поставщиков медицинских услуг.

### **Рассмотрение вопроса о целесообразности возврата России к бюджетной модели финансирования здравоохранения и перспектив дальнейшего развития финансовых механизмов ОМС**

В последнее время при обсуждении вопроса модернизации механизмов финансового обеспечения гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи в России сформировались две концептуально противоположные точки зрения:

<sup>3</sup> Федеральный закон от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях».

- 1) возврат к бюджетной модели финансирования здравоохранения;
- 2) модернизация существующей модели ОМС.

Сторонники возврата к бюджетной модели (Ю.М. Комаров, Н.А. Кравченко, А.В. Рагозин и др.) в качестве основных аргументов в пользу прямого государственного финансирования медицинских организаций приводят системные проблемы страховой медицины, связанные с постоянным ростом издержек отрасли и необходимостью содержания финансовых посредников в лице страховщиков и фондов ОМС. Как отмечают исследователи, страховая модель финансирования медицинской помощи обходится значительно дороже социальной (бюджетной) модели и не соответствует реалиям территориального, демографического, экономического и культурного развития России, что приводит к вынужденному управленческому компромиссу через создание гибридной бюджетно-страховой модели [11].

В то же время сторонники модернизации модели ОМС (С.В. Шишкин, И.М. Шейман, Е.Г. Потапчик и др.) считают, что существующая страховая медицина в России обеспечивает для граждан широкие возможности выбора поставщиков медицинских услуг, но требует реформирования в области повышения роли страховых компаний, модернизации методов расчета тарифов ОМС и привлечения частного медицинского капитала к реализации программ государственных гарантий. Так, по данным доклада «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития» (НИУ ВШЭ, 2019), в случае отмены ОМС для сохранения объемов финансирования здравоохранения по программе государственных гарантий (по данным за 2016 г.) расходы региональных бюджетов на здравоохранение должны будут увеличиться на 66% [10].

В пользу финансовой модели ОМС для России исследователи приводят такие доводы, как:

- 1) устойчивый приток поступлений в отрасль здравоохранения за счет «маркированных» целевых взносов, которые меньше всего зависимы от текущих бюджетных приоритетов;
- 2) значительный потенциал выравнивания финансового обеспечения здравоохранения по регионам страны;
- 3) независимая политика финансирующей стороны при выборе поставщика медицинских услуг, что способствует усилению конкуренции в сфере страховой медицины;

- 4) высокая степень гибкости межтерриториальных пациентопотоков для финансового обеспечения медицинских услуг, оказанных за пределами региона постоянного проживания застрахованного лица.

При этом рыночная конкуренция между медицинскими организациями как основа эффективной социально-страховой модели здравоохранения может являться труднодостижимой задачей для современной России. Следовательно, требует рассмотрения вопрос о целесообразности применения системы ОМС с точки зрения соответствия территориальным, демографическим и экономическим условиям, которые исторически сложились в Российской Федерации.

Автором статьи был проведен анализ (табл. 7), результаты которого показывают, что Российская Федерация ни по одному из объективных условий в полном объеме не может соответствовать стране, обеспечивающей благоприятные условия для конкурентной среды в формате социально-страховой модели здравоохранения.

Таким образом, готовность отечественного здравоохранения к работе в современных условиях во многом будет зависеть от того, насколько действующие финансовые механизмы ОМС смогут обеспечивать структурную эффективность системы охраны общественного здоровья [12].

Однако, несмотря на возможные положительные моменты, полную отмену ОМС в ближайшие годы нельзя рассматривать как разумный шаг для повышения результативности отрасли здравоохранения. Базовые архитектурные изменения в сложившейся гибридной бюджетно-страховой модели российского ОМС могут негативно сказаться практически на всех параметрах медицинского обслуживания. При этом устранение рассмотренных недостатков и отклонений в дизайне ОМС становится для населения России объективной необходимостью.

На основании настоящего исследования автором статьи сформированы следующие предложения по совершенствованию механизмов финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в России.

1. Пересмотр действующих тарифов на оплату медицинской помощи ОМС вместе с повышением прозрачности тарифной политики. С одной стороны, необходимо расширение структуры тарифа ОМС, включая затраты на покупку медицинского оборудования (свыше 100 тыс. руб.), лекарственное обеспечение при амбулаторном наблюдении,

дополнительные компенсационные/ стимулирующие выплаты медицинским работникам и др. С другой стороны, определение тарифов на медицинские услуги в системе ОМС в каждом регионе необходимо производить не на основе действующих бюджетных ограничений и директивно полученных от федерального центра нормативов, а на основе обоснованных нормативных затрат на единицу уникальной медицинской услуги по группе однотипных медицинских организаций с последующим размещением информации на официальных площадках в сети Интернет. К работе по расчету и согласованию тарифов целесообразно привлекать не только независимые врачебные ассоциации, но и различные финансовые институты, которые смогут предоставить экономическую оценку обоснованности расчетных величин.

2. Реализовать принцип планирования объемов медицинской помощи от научно-обоснованных потребностей общества. Рекомендуется на регулярной основе проводить независимые комплексные научные исследования (на базе кафедр организации здравоохранения федеральных и региональных медицинских вузов) по определению потребностей населения в медицинском обслуживании. Результаты подобных исследований должны становиться научно-правовой основой для дальнейшей работы комиссии по разработке ТПГГ.
3. Переход к консервативной рискованной модели ОМС. Финансовая ответственность страховщика за сверхнормативные затраты на медицинскую помощь должна покрываться в полном объеме за счет перечисляемой из регионального фонда ОМС субсидии. При таком сценарии финансирование дефицита территориальных фондов ОМС целесообразно включить в расходные обязательства Российской Федерации (через механизмы национальных проектов, Резервного фонда или Фонда национального благосостояния) и региональных бюджетов (через субвенцию от органа управления здравоохранением) в справедливой пропорции 50/50.
4. Изменить процессы распределения объемов медицинской помощи ОМС по медицинским организациям. Для решения данной задачи следует повысить оперативность реагирования системы ОМС на изменения как во внутренней (внедрение новых медицинских технологий, перепрофилирование и др.), так и во внешней (экономические кризисы, эпидемиологическая обстановка в стране и др.) среде функционирования поставщиков медицинских услуг без жесткой привязки к бюджетному циклу [13]. В процессе распределения объемов медицинской помощи

также предлагается интегрировать деятельность страховых медицинских организаций по экспертизе качества оказанных медицинских услуг.

5. Унификация реестра платных и бесплатных медицинских услуг. На уровне Минздрава России рекомендуется провести работу по формированию, утверждению и ведению единого общероссийского онлайн-классификатора (по аналогии с общероссийскими перечнями государственных услуг) с отметками о платности, бесплатности или частичной платности медицинской услуги. При внедрении веб-классификатора в деятельность медицинской организации появится возможность, во-первых, исключить различные спорные моменты об оказании медицинской услуги ОМС на платной основе; во-вторых, предоставить застрахованным гражданам интерактивный каталог с информацией об объеме медицинского обслуживания, который включается в полис ОМС.
6. Развитие добровольного медицинского страхования (ДМС) в формате «ОМС+» для частных медицинских организаций. Следует признать, что конкурентная среда на монопольном рынке государственных учреждений здравоохранения объективно отсутствует и негативно сказывается на обеспечении базовых принципов социального страхования. Следовательно, привлечение частных клиник к реализации программ ОМС рекомендуется производить на паритетных основах при компенсации нормы прибыльности и сверхнормативных затрат через механизмы ДМС и/или прямое государственное субсидирование. Так, в качестве рабочего варианта можно рассмотреть возможность расширения основного полиса ОМС аналогичными программами обследования, диагностики, реабилитации и лечения застрахованного лица в частных клиниках (аналог «ОМС +») по договору ДМС с фиксированной страховой премией, что должно подтолкнуть конкуренцию среди страховых компаний и снизить размер «неформальных» платежей [14].
7. Развитие превентивной медицины и масштабное расширение первичного звена медицинской помощи. Как отмечал профессор Н.И. Пирогов, будущее принадлежит профилактической медицине. На сегодняшний день ВОЗ признает, что заболеваемость населения является, среди прочего, следствием недостатков и отклонений в смежных сферах жизни общества [15]. В данном направлении перспективным становится повсеместное внедрение офисов врачей общей практики с высокой степенью автономности и технической оснащенности взамен

действующей низкоэффективной терапевтической, фельдшерской и педиатрической службы [16]. Как показывает опыт стран с передовой медициной, важным преобразованием здесь должна стать прямая интеграция амбулаторного и стационарного звена медицинской помощи через инструменты фондодержания, программы управления хроническими заболеваниями, пациентоориентированности, сервисов телемедицины и др.

8. Автоматизация системы здравоохранения и повсеместное внедрение программ электронного документооборота. Основное направление работы по данному предложению должно строиться на формировании единых подходов к внедрению и сопровождению медицинских информационных систем (МИС) и других электронных сервисов (например, на основе интеграции региональных решений с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения — ЕГИСЗ). Избыточный документооборот в медицинском обслуживании является препятствием на пути к повышению качества медицинской помощи и ее доступности. Следовательно, как минимум 70% бумажной медицинской документации в законодательном порядке необходимо перевести в режим электронного документооборота (ЭДО) на базе российских центров обработки данных (ЦОД), включая ведение электронной карты больного, направлений на диагностические исследования, электронные рецепты, реестры счетов на оплату медицинской помощи ОМС и др. Так, на примере проекта единой медицинской информационной системы города Москвы (ЕМИАС) можно сделать практические выводы о перспективности данного направления работы при апробации современных веб-технологий в медицине.
9. Расширение направлений формирования и расходования средств нормированного страхового запаса ОМС. Инструмент нормированного страхового запаса (НСЗ) в системе ОМС на текущий момент выполняет функции финансирования строго регламентированных расходов (на медицинское оборудование, повышение квалификации медработников и доплаты врачам). Однако, как показал опыт распространения коронавирусной инфекции в 2020 г., при резком сокращении плановых объемов медицинской помощи в бюджетах региональных фондов ОМС не достает резервного фонда (так называемой финансовой подушки), который способен в краткосрочной перспективе нивелировать резкие провалы в поступлениях средств ОМС на счета медицинских учреждений. При этом на дополнительное финансовое обеспечение региональных НСЗ, помимо прочего, можно направлять часть доходов

региональных бюджетов от сумм принудительного изъятия при осуществлении государственного финансового контроля.

В заключение необходимо отметить, что вероятность наступления пандемий, а также других экстремальных условий функционирования, в ближайшем будущем остается высокой и может приводить ко все более катастрофичным последствиям [17]. Поэтому создание эффективной отрасли здравоохранения должно становиться приоритетным вектором государственной политики не только для России, но и для всего мира [18]. При этом формирование результативной отечественной системы охраны общественного здоровья невозможно без переоценки действующих механизмов финансирования медицинской помощи. Таким образом, целью дальнейшего реформирования финансовой модели социально-страховой медицины должен стать переход к пациентоориентированной системе здравоохранения, в центре которой не медицинские организации, страховые компании или фонды ОМС, а здоровье человека в самом широком смысле этого слова [19, 20].

**Таблица 1**

**Общее сравнение бюджетной и социально-страховой моделей финансирования медицинской помощи**

**Table 1**

**General comparison of budget and social insurance models of medical care financing**

<b>Критерий</b>	<b>Бюджетная модель</b>
Характер источника финансирования	Нецелевой. Налоговые, неналоговые и безвозмездные поступления в государственный бюджет
Охват населения медицинским обслуживанием	Для всего населения
Объем медицинского обслуживания (государственные гарантии)	Включает практически все медицинские услуги
Механизмы финансового обеспечения медицинской помощи	Бюджетные механизмы финансирования (субсидии, субвенции, доведение лимитов бюджетных обязательств и др.)
Наличие финансовых посредников	Нет. Прямое государственное финансирование поставщиков медицинских услуг
Получение медицинской помощи за пределами региона постоянного проживания	Да, но с бюрократическими ограничениями
Контроль качества медицинской помощи	Преимущественно органы государственной власти
Характеристика поставщиков медицинских услуг	Преимущество отдается государственным учреждениям здравоохранения

*Продолжение*

<b>Критерий</b>	<b>Социально-страховая модель</b>
Характер источника финансирования	Целевой. Взносы работодателей, работников (за рубежом) и государства во внебюджетные фонды ОМС
Охват населения медицинским обслуживанием	Для застрахованных лиц
Объем медицинского обслуживания (государственные гарантии)	Включает только медицинские услуги, определенные в программе ОМС
Механизмы финансового обеспечения медицинской помощи	Оплата страховой компанией по тарифам ОМС за законченный случай лечения по клинико-статическим группам (КСГ), прикрепленное население
Наличие финансовых посредников	Да. Финансирующей стороной выступают фонды ОМС и/или страховые компании
Получение медицинской помощи за пределами региона постоянного проживания	Нет, свободный выбор поставщика медицинских услуг
Контроль качества медицинской помощи	Преимущественно страховые компании
Характеристика поставщиков медицинских услуг	Равноправное участие государственных и частных организаций здравоохранения

*Источник:* авторская разработка*Source:* Authoring**Таблица 2****Плюсы и минусы бюджетной и социально-страховой моделей финансирования медицинской помощи****Table 2****Pros and cons of budget and social insurance models of medical care financing**

<b>Модель</b>	<b>Плюсы</b>
Бюджетная модель	Всеобщий охват населения бесплатными медицинскими услугами. Прямое государственное финансирование медицинских организаций без привлечения посредников. Снижение стоимости медицинских услуг в связи с экономией на административных издержках. Подотчетность органов управления здравоохранением органам государственной власти
Социально-страховая модель	Наличие закрепленных внебюджетных источников финансирования (целевых взносов). Внешний независимый контроль качества медицинской помощи. Конкурентная среда между медицинскими организациями и страховыми компаниями. Возможность выбора поставщика медицинских услуг. Получение медицинской помощи за пределами региона постоянного проживания

*Продолжение*

<b>Модель</b>	<b>Минусы</b>
Бюджетная модель	Зависимость финансовых поступлений от текущих политических приоритетов. Ограничение для развития частного рынка медицинских услуг. Длительность ожидания бесплатной медицинской помощи. Бюрократические затруднения при получении медицинской помощи за пределами региона постоянного проживания
Социально-страховая модель	Не все медицинские услуги включаются в программы ОМС. Дополнительные расходы на содержание финансовых посредников. Постоянное удорожание стоимости медицинской помощи

*Источник:* авторская разработка*Source:* Authoring**Таблица 3****SWOT-анализ страховой модели финансирования отрасли здравоохранения в России****Table 3****SWOT analysis of the insurance model for financing the healthcare industry in Russia**

<b>Параметр</b>	<b>Характеристика</b>
Сильные стороны (Strengths)	Целевой характер использования страховых взносов. Возможность для гражданина выбора медицинской организации и страховой компании. Возможность получения гражданином медицинской помощи за пределами региона постоянного пребывания. Увеличение оборачиваемости коечного фонда учреждений больничного типа. Прямая подчиненность медицинских учреждений государственным органам управления здравоохранением
Слабые стороны (Weaknesses)	Базовая программа ОМС охватывает не все медицинские услуги, необходимые населению. Издержки на содержание посредников (фонды ОМС, страховые компании) в системе здравоохранения. Слабый интерес к превентивной медицине (профилактике заболеваний). Возможность недофинансирования территориальных программ ОМС. Низкая мотивация участников ОМС в повышении качества медицинского обслуживания. Бюрократизация операционных процессов медицинского обслуживания и оплаты медицинских услуг. Определение тарифов ОМС по методу «обратного счета» без учета обоснованных нормативных затрат
Возможности (Opportunities)	Разделение финансовых рисков между медицинской организацией, страховыми компаниями и частично государством. Возможность привлечения частного медицинского капитала к реализации базовых программ ОМС. Интеграция программ дополнительного медицинского страхования (ДМС) с системой ОМС. Дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи сверх базовой программы ОМС за счет бюджетных средств регионов
Угрозы (Threats)	Неконтролируемый рост кредиторской задолженности медицинских организаций. Отсутствие прямых механизмов компенсации выпадающих доходов в системе ОМС. Увеличение расходов на приобретение импортных лекарственных и медицинского оборудования в связи с падением курса национальной валюты. Снижение объема поступлений в систему ОМС в связи с увеличением доли «серого» сектора в экономике и уровня безработицы. Низкий уровень обратной связи между участниками программ ОМС и пациентом

*Источник:* авторская разработка*Source:* Authoring

**Таблица 4****Финансовое обеспечение базовой программы ОМС на 2020 г. в субъектах Российской Федерации с городами-миллионерами****Table 4****Financial support to the basic program of mandatory medical insurance for 2020 in the subjects of the Russian Federation with millionaire cities**

Субъект Российской Федерации	За счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	
	млрд руб.	%
Нижегородская область	11,64	22,2
Свердловская область	20,39	24,8
Ростовская область	13,06	20,3
Красноярский край	14,94	21
Новосибирская область	11,93	22,6
Челябинская область	13,57	21,2
Республика Татарстан	15,3	24,2
Омская область	4,91	21,6

*Продолжение*

Субъект Российской Федерации	За счет средств ОМС	
	млрд руб.	%
Нижегородская область	40,68	77,8
Свердловская область	61,79	75,2
Ростовская область	51,17	79,7
Красноярский край	56,27	79
Новосибирская область	40,88	77,4
Челябинская область	50,39	78,8
Республика Татарстан	47,83	75,8
Омская область	17,86	78,4

*Продолжение*

Субъект Российской Федерации	Всего	
	млрд руб.	%
Нижегородская область	52,32	100
Свердловская область	82,18	100
Ростовская область	64,23	100
Красноярский край	71,21	100
Новосибирская область	52,81	100
Челябинская область	63,96	100
Республика Татарстан	63,13	100
Омская область	22,77	100

*Источник:* ТППГ, утвержденные высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации на 2020 г. и плановый период 2021 и 2022 гг.

*Source:* Territorial Programs of State Guarantees approved by the highest executive authorities of the subjects of the Russian Federation for 2020 and the planning period of 2021 and 2022

**Таблица 5**

**Поступления страховых взносов в ФОМС за январь–май 2018–2020 гг.  
(не нарастающим итогом с начала года)**

**Table 5**

**Insurance payments to the Federal Compulsory Medical Insurance Fund  
for January–May of 2018–2020 (on a nonaccrual basis from the beginning of the year)**

Месяц	2018 год (факт)	
	млрд руб.	темп ежемесячного прироста, %
Январь	119,9	–
Февраль	143,5	19,7
Март	151,5	5,6
Апрель	154,7	2,1
Май	155,5	0,5
<b>Всего</b>	<b>569,6</b>	<b>–</b>

*Продолжение*

Месяц	2019 (факт)	
	млрд руб.	темп ежемесячного прироста, %
Январь	132,2	–
Февраль	159,6	20,7
Март	162,4	1,8
Апрель	173	6,5
Май	169,8	–1,8
<b>Всего</b>	<b>627,1</b>	<b>–</b>

*Продолжение*

Месяц	2020 (факт)	
	млрд руб.	темп ежемесячного прироста, %
Январь	145	–
Февраль	169,4	16,8
Март	185	9,2
Апрель	180	–2,7
Май	152,9	–15,5
<b>Всего</b>	<b>679,4</b>	<b>–</b>

*Источник:* ежемесячная информация Минфина России об исполнении бюджетов государственных внебюджетных фондов. URL: <https://www.minfin.ru/ru/statistics/outbud/>

*Source:* Monthly information of the Ministry of Finance of the Russian Federation on budget execution of State extra-budgetary funds. URL: <https://www.minfin.ru/ru/statistics/outbud/>

**Таблица 6****Информация об основных показателях бюджета за период 2016–2020, млрд руб.****Table 6****Information about the budget targets of the Federal Compulsory Medical Insurance for 2016–2020, billion RUB**

Показатель	2016 (факт)	2017 (факт)	2018 (факт)
Доходы	1 657,6	1 737,2	1 895,9
Расходы	1 590,2	1 655	1 988,5
Дефицит (-) / профицит (+)	67,5	82,2	-92,6

*Продолжение*

Показатель	2019 (факт)	2020 (план)
Доходы	2 124	2 367,2
Расходы	2 186,7	2 368,6
Дефицит (-) / профицит (+)	-62,7	-1,4

*Источник:* авторская разработка*Source:* Authoring**Таблица 7****Оценка соответствия территориальных, демографических и экономических условий России для применения конкурентной страховой модели ОМС****Table 7****Assessment of the compliance of territorial, demographic and economic conditions of Russia to apply the competitive CHI model**

Характеристика условия	Оценка
Высокая плотность населения и равномерность его распределения	Не соответствует
Небольшие расстояния между соседними городами/ регионами	Частично соответствует
Развитая транспортная инфраструктура	Не соответствует
Условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций (5–10 лет)	Не соответствует
Государственное антимонопольное регулирование	Не соответствует
Высокая доля налогов, остающихся в распоряжении региональных правительств	Частично соответствует
Высокая культура потребления социальных услуг при эффективной системе защиты прав потребителей	Не соответствует

*Продолжение*

<b>Характеристика условия</b>	<b>Обоснование</b>
Высокая плотность населения и равномерность его распределения	Плотность населения на 1 м <sup>2</sup> в России составляет 8,56 чел., что является самым низким показателем на фоне стран, которые используют модель ОМС (для сравнения: Нидерланды – 404 чел., Япония – 336 чел., Германия – 230 чел., Франция – 118 чел.)
Небольшие расстояния между соседними городами/ регионами	Среднее расстояние между малыми и средними городами не превышает приемлемые для стран с ОМС 30 км только на европейской территории России, при этом в остальных частях страны данный показатель может превышать 100 км (особенно для городов Сибири и Дальнего востока)
Развитая транспортная инфраструктура	По данным Росстата за 2018 г., показатель плотности автомобильных дорог в России был неравномерным и составлял в среднем по стране 6,3 км дорог на 100 км <sup>2</sup> территории (для сравнения: Бельгия – 504,5 км; Нидерланды – 331,5 км; Германия – 180,2 км). При этом если в Центральном федеральном округе РФ показатель плотности автодорог составлял 36,4 км, то в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах данный показатель был равным 3,7 км и 1,2 км соответственно
Условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций (5–10 лет)	Длительная окупаемость инвестиций в основные медицинские фонды, низкие тарифы ОМС (по сравнению с ценами на платные медицинские услуги), а также чрезмерные административные барьеры (лицензирование, бюрократизация документооборота в ОМС и др.) препятствуют повышению привлекательности как для прямых, так и для портфельных инвестиций в коммерческую медицину. К тому же частные медицинские клиники находятся в неравных условиях конкурентной борьбы по сравнению с государственными учреждениями здравоохранения (закупка дорогостоящего оборудования производится за счет бюджетных средств, уровень оплаты труда медицинских работников в бюджетном секторе относится к публичным обязательствам государства, здания больниц/поликлиник находятся в государственной собственности и т.д.)
Государственное антимонопольное регулирование	В большинстве регионов России произведена так называемая оптимизация численности медицинских учреждений и коечного фонда, которая привела к масштабным реорганизациям лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Таким образом, государственные ЛПУ можно отнести к монополистам на региональных рынках медицинских услуг, особенно для стационарного звена медицинской помощи. К примеру, в Ярославле городские больницы № 3 и № 7 объединены в одно лечебно-профилактическое учреждение; в Санкт-Петербурге были объединены в одну многопрофильную больницу Госпиталь для ветеранов войн, Клиническая городская больница № 46 и Городская больница № 23
Высокая доля налогов, остающихся в распоряжении региональных правительств	По данным Минфина России, за 2019 г., 35 субъектов РФ из 85 завершили финансовый год с дефицитом бюджета, а суммарный объем профицита снизился на 506 млрд руб. и составил всего 4 млрд руб. При этом поднятие полномочий в сфере здравоохранения с муниципального уровня на уровень субъекта РФ за последние годы

	<p>значительно увеличило расходные обязательства регионов. В сложившейся ситуации можно предположить, что бюджетные расходы субъектов РФ по статьям здравоохранения будут планироваться в основном по остаточному принципу</p>
<p>Высокая культура потребления социальных услуг при эффективной системе защиты прав потребителей</p>	<p>Оценка населением России качества услуг в сфере медицинского обслуживания на протяжении длительного времени статистических наблюдений остается на низком уровне. Так, в ходе опроса ВЦИОМ (декабрь, 2019 г.), 41% опрошенных были вынуждены перепроверять поставленный врачом диагноз и/или назначенные им лекарства, а при обнаружении врачебной ошибки только 23% опрошенных считают, что следует обращаться в свою страховую компанию</p>

Источник: авторская разработка

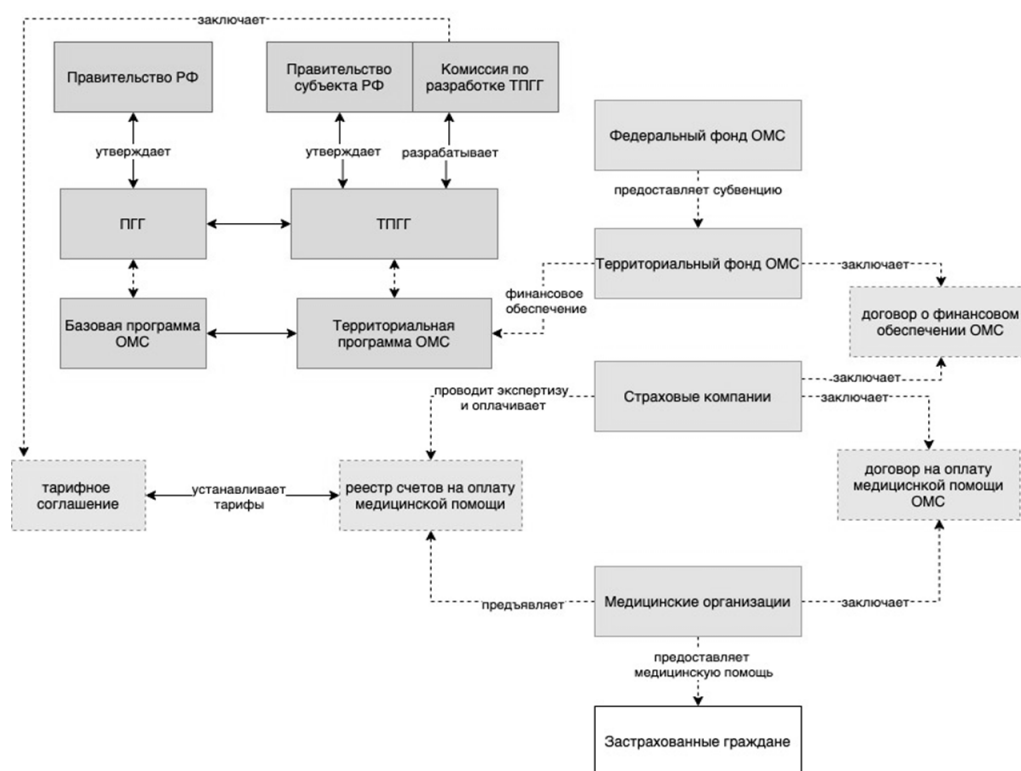
Source: Authoring

Рисунок 1

Блок-схема реализации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в российской системе ОМС

Figure 1

A flowchart of implementing the State guarantees of free medical care in the Russian Compulsory Health Insurance system



Источник: авторская разработка

Source: Authoring

## Список литературы

1. *Брико Н.И.* 100 лет пандемии: уроки истории. Новый этап вакцинопрофилактики // *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2018. Т. 17. № 4. С. 68–75. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/100-let-pandemii-uroki-istorii-novyy-etap-vaktsinoprofilaktiki>
2. *Перхов В.И., Груднев О.В.* Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020. № 2. С. 206–222. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uroki-pandemii-covid-19-dlya-politiki-v-sfere-obschestvennogo-zdarvoohraneniya>
3. *Wang M., Flessa S.* Modelling Covid-19 under Uncertainty: What Can We Expect? *The European Journal of Health Economics*, 2020, vol. 21, pp. 665–668. URL: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01202-y>
4. *Лукьянцева Д.В., Татаринов А.П., Мельникова Л.С.* Финансирование систем здравоохранения: международный опыт // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2017. № 2. С. 20–29. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-sistem-zdravoohraneniya-mezhdunarodnyy-opyt>
5. *Антропов В.В.* Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика // *Экономика. Налоги. Право*. 2019. № 2. С. 115–126. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-zdravoohraneniya-evropeyskiy-opyt-i-rossiyskaya-praktika>
6. *Шейман И., Терентьева С.* Международное сравнение эффективности бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения // *Экономическая политика*. 2015. Т. 10. № 6. С. 171–193.
7. *Аполихин О.И., Катибов М.И., Золотухин О.В. и др.* Формирование новой модели здравоохранения: концептуальный подход и пилотная реализация // *Менеджер здравоохранения*. 2018. № 1. С. 9–19. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-novoy-modeli-zdravoohraneniya-kontseptualnyy-podhod-i-pilotnaya-realizatsiya>
8. *Шишкин С.В., Сажина С.В., Селезнева Е.В.* Изменения в деятельности страховых медицинских организаций в новой системе ОМС // *Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации*. 2015. № 5. С. 32–37.

9. Седова М.Л. Финансирование медицинской помощи: выбор моделей // РИСК: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. 2020. № 2. С. 146–153.
10. Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. М.: НИУ ВШЭ, 2019. 94 с.
11. Гришин В.В., Рагозин А.А. Политэкономика здравоохранения: как выйти из кризиса // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5. № 1. С. 30–37.  
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/politekonomiya-zdravoohraneniya-kak-vyyti-iz-krizisa>
12. Седова М.Л. Инструменты программно-целевого управления в системе обязательного медицинского страхования и оценка их эффективности // РИСК: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. 2020. № 1. С. 149–155.
13. Perry-Duxbury M., Brouwer W., Himmler S., van Exel J. Willingness to Pay for an Early Warning System for Infectious Diseases. *The European Journal of Health Economics*, 2020, vol. 21, iss. 5, pp. 763–773.  
URL: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01171-2>
14. Unger J.-P., De Paepe P. Commercial Health Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss Health Systems Inefficiency. *International Journal of Health Services*, 2019, vol. 49, iss. 3, pp. 431–456.  
URL: <https://doi.org/10.1177/0020731419847113>
15. Shishkin S., Zasimova L. Adopting New Medical Technologies in Russian Hospitals: What Causes Inefficiency? (Qualitative Study). *Health Economics, Policy and Law*, 2018, vol. 13, iss. 1, pp. 33–49.  
URL: <https://doi.org/10.1017/S1744133116000347>
16. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 1. С. 143–167. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kadrovaya-politika-v-zdravoohranenii-sravnitelnyy-analiz-rossiyskoy-i-mezhdunarodnoy-praktiki>
17. Bal R., Bert de Graaff, Hester van de Bovenkamp, Wallenburg I. Practicing Corona – Towards a Research Agenda of Health Policies. *Health Policy*,

2020, vol. 124, iss. 7, pp. 671–673.

URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.010>

18. *Forman R., Atun R., McKee M., Mossialos E.* 12 Lessons Learned from the Management of the Coronavirus Pandemic. *Health Policy*, 2020, vol. 124, iss. 6, pp. 577–580. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.008>
19. *De Ceukelaire W., Bodini C.* We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic. *International Journal of Health Services*, 2020, vol. 50, iss. 3, pp. 276–277. URL: <https://doi.org/10.1177/0020731420916725>
20. *Сорокина Н.Д.* Оптимизация образования и здравоохранения через призму неолиберальной экономики // *Естественно-гуманитарные исследования*. 2020. № 29. С. 315–320.  
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-obrazovaniya-i-zdravoohraneniya-cherez-prizmu-neoliberalnoy-ekonomiki>

### **Информация о конфликте интересов**

Я, автор данной статьи, со всей ответственностью заявляю 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.

## PROBLEMS OF FINANCIAL SUPPORT TO STATE GUARANTEES FOR FREE MEDICAL CARE UNDER EXTREME CONDITIONS

Yurii A. ALTYNOV

Financial University under Government of Russian Federation,  
Moscow, Russian Federation  
YAAltynov@fa.ru  
ORCID: not available

### Article history:

Article No. 554/2020  
Received 1 Oct 2020  
Received in revised  
form 15 October 2020  
Accepted 29 Oct 2020  
Available online  
17 July 2023

### JEL classification:

H51, I11, I13, I15, I18

### Keywords:

coronavirus,  
compulsory medical  
insurance, State  
guarantee, free medical  
care, health  
expenditure

### Abstract

**Subject.** The article considers the mechanisms of the insurance model of domestic health financing from the perspective of readiness for extreme operating conditions caused by the spread of a new coronavirus infection.

**Objectives.** The purpose is to assess the financial sustainability of the Russian model of compulsory medical insurance in the fight against the pandemic, and propose measures to improve the financial support to State guarantees of free medical care.

**Methods.** I employ the methods of logical analysis, statistical analysis, comparison, and other general scientific methods.

**Results.** Extreme conditions caused by COVID-19 pandemic negatively affect the financial stability of healthcare organizations. However, the Russian version of compulsory medical insurance does not provide for any mechanisms to compensate for financial losses in case of economic instability. Thus, the debate about the need to return to the budgetary model of health care becomes particularly relevant in the new economic situation.

**Conclusions.** There is a need to modernize the key elements of the financial model of compulsory medical insurance in terms of increased transparency of tariff policy in payments for medical care, financial risk sharing, automation of operational processes in industry management, etc. It is also crucial to continue reforming the public health sector based on the patient-centered approach through strengthening the outpatient medical care, developing the telemedicine, introducing chronic disease management programs, etc.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2020

**Please cite this article as:** Altynov Yu.A. Problems of Financial Support to State Guarantees for Free Medical Care under Extreme Conditions. *Regional Economics: Theory and Practice*, 2023, vol. 21, iss. 7, pp. 1257–1284.  
<https://doi.org/10.24891/re.21.7.1257>

## Acknowledgments

The article was adapted from the *Finance and Credit* journal, 2020, vol. 26, iss. 11.

## References

1. Briko N.I. [100 Years after the Spanish Flu Pandemic. The Evolution of the Influenza Virus and the Development of the Flu Vaccine]. *Epidemiologiya i Vaktsinoprofilaktika = Epidemiology and Vaccinal Prevention*, 2018, vol. 17, no. 4, pp. 68–75.  
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/100-let-pandemii-uroki-istorii-novyy-etap-vaktsinoprofilaktiki> (In Russ.)
2. Perkhov V.I., Gridnev O.V. [COVID-19 pandemic lessons for policy in the field of public health]. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoi statistiki = Current Problems of Health Care and Medical Statistics*, 2020, no. 2, pp. 206–222.  
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uroki-pandemii-covid-19-dlya-politiki-v-sfere-obschestvennogo-zdarvoohraneniya> (In Russ.)
3. Wang M., Flessa S. Modelling Covid-19 under uncertainty: What can we expect? *The European Journal of Health Economics*, 2020, vol. 21, pp. 665–668. URL: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01202-y>
4. Luk'yantseva D.V., Tatarinov A.P., Mel'nikova L.S. [International Practices in Funding of Health Care System]. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor = Medical Technologies. Assessment and Choice*, 2017, no. 2, pp. 20–29.  
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-sistem-zdravoohraneniya-mezhdunarodnyy-opyt> (In Russ.)
5. Antropov V.V. [Healthcare Financing: European Experience and Russian Practice]. *Ekonomika. Nalogi. Pravo = Economics. Taxes. Law*, 2019, no. 2, pp. 115–126. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-zdravoohraneniya-evropeyskiy-opyt-i-rossiyskaya-praktika> (In Russ.)
6. Sheiman I., Terent'eva S. [International comparison of the effectiveness of budgetary and insurance models of health financing]. *Ekonomicheskaya politika = Economic Policy*, 2015, vol. 10, no. 6, pp. 171–193. (In Russ.)
7. Apolikhin O.I., Katibov M.I., Zolotukhin O.V. et al. [Development of a new model of health care: A conceptual approach and pilot implementation]. *Menedzher zdravookhraneniya = Manager of Health Care*, 2018, no. 1,

- pp. 9–19. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-novoy-modeli-zdravoohraneniya-kontseptualnyy-podhod-i-pilotnaya-realizatsiya> (In Russ.)
8. Shishkin S.V., Sazhina S.V., Selezneva E.V. [Changes in the activities of health insurance companies in the reformed mandatory health insurance system]. *Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie v Rossiiskoi Federatsii*, 2015, no. 5, pp. 32–37. (In Russ.)
  9. Sedova M.L. [Medical Care Financing: Choosing a Model]. *RISK: resursy, informatsiya, snabzhenie, konkurentsia = RISK: Resources, Information, Supply, Competition*, 2020, no. 2, pp. 146–153. (In Russ.)
  10. Shishkin S.V., Sheiman I.M., Potapchik E.G., Ponkratova O.F. *Analiz sostoyaniya strakhovoi meditsiny v Rossii i perspektiv ee razvitiya* [Analysis of the state of insurance medicine in Russia and prospects for its development]. Moscow, NRU HSE Publ., 2019, 94 p.
  11. Grishin V.V., Ragozin A.A. [The political economy of healthcare system: How to get out of the crisis]. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniya. Vestnik VshOUZ = ORGZDRAV: News, Views, Education*, 2019, vol. 5, no. 1, pp. 30–37. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/politekonomiya-zdravoohraneniya-kak-vyyti-iz-krizisa> (In Russ.)
  12. Sedova M.L. [Targeted management tools in the system of compulsory health insurance and assessment of their effectiveness]. *RISK: resursy, informatsiya, snabzhenie, konkurentsia = RISK: Resources, Information, Supply, Competition*, 2020, no. 1, pp. 149–155. (In Russ.)
  13. Perry-Duxbury M., Brouwer W., Himmler S., van Exel J. Willingness to Pay for an Early Warning System for Infectious Diseases. *The European Journal of Health Economics*, 2020, vol. 21, iss. 5, pp. 763–773.  
URL: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01171-2>
  14. Unger J.-P., De Paepe P. Commercial Health Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss Health Systems Inefficiency. *International Journal of Health Services*, 2019, vol. 49, iss. 3, pp. 431–456.  
URL: <https://doi.org/10.1177/0020731419847113>
  15. Shishkin S., Zasimova L. Adopting New Medical Technologies in Russian Hospitals: What Causes Inefficiency? (Qualitative Study). *Health Economics, Policy and Law*, 2018, vol. 13, iss. 1, pp. 33–49.  
URL: <https://doi.org/10.1017/S1744133116000347>

16. Sheiman I.M., Shevskii V.I. [Health labor policy: Comparative analysis of Russian and international developments]. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya = Public Administration Issues*, 2015, no. 1, pp. 143–167. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kadrovaya-politika-v-zdravoohranenii-sravnitelnyy-analiz-rossiyskoy-i-mezhdunarodnoy-praktiki> (In Russ.)
17. Bal R., Bert de Graaff, Hester van de Bovenkamp, Wallenburg I. Practicing Corona – Towards a Research Agenda of Health Policies. *Health Policy*, 2020, vol. 124, iss. 7, pp. 671–673.  
URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.010>
18. Forman R., Atun R., McKee M., Mossialos E. 12 Lessons Learned from the Management of the Coronavirus Pandemic. *Health Policy*, 2020, vol. 124, iss. 6, pp. 577–580. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.008>
19. De Ceukelaire W., Bodini S. We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic. *International Journal of Health Services*, 2020, vol. 50, iss. 3, pp. 276–277. URL: <https://doi.org/10.1177/0020731420916725>
20. Sorokina N.D. [Optimization of education and health care through the prism of neoliberal economy]. *Estestvenno-gumanitarnye issledovaniya = Natural Humanitarian Studies*, 2020, no. 29, no. 3, pp. 315–320.  
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-obrazovaniya-i-zdravoohraneniya-cherez-prizmu-neoliberalnoy-ekonomiki> (In Russ.)

### **Conflict-of-interest notification**

I, the author 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.