

## ФИНАНСЫ

УДК 336.6:614.2

DOI: 10.17223/19988648/35/8

С.А. Банин

### СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Практическая реализация новых подходов к финансированию здравоохранения России, которые в настоящее время связывают с внедрением одноканального финансирования, смогла пока решить только небольшую часть проблем, накопившихся в системе за предыдущие годы функционирования бюджетно-страховой модели. В научных публикациях системного представления всего комплекса проблем нет, авторы чаще всего останавливаются на некоторых из них, необходимых для обоснования представляемого материала. Это не дает общей картины, не позволяет оценить масштаб проблем в целом, что и обусловило актуальность данной статьи. Здесь представлены результаты исследования проблем финансирования системы здравоохранения РФ, систематизированные по 12 группам.*

*Ключевые слова: финансирование здравоохранения, классификация проблем, бюджетно-страховая модель, модернизация здравоохранения.*

Система здравоохранения в Российской Федерации с точки зрения основной таксономической единицы – «доминирующий вид финансирования» – классифицируется как бюджетно-страховая. Объем финансовых средств, включенных в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) за последние 5–6 лет вырос с 40 до 70% в целом по РФ, а по отдельным медицинским организациям – до 90%, что обусловлено переходом с 2013 г. на принципы преимущественно одноканального финансирования. С первых лет своего внедрения система ОМС подвергалась вполне обоснованной критике, поскольку содержала в себе ряд концептуальных ошибок. В многочисленных материалах российских и зарубежных авторов (М.В. Айвазова, Г.Г. Волокин, В.О. Гурдус, Г.П. Дегтярев, В.Н. Денисов, Л.Е. Исакова, В.З. Кучеренко, Т.Н. Макарова, И.М. Тогунов, Ю.М. Комаров, Е.А. Финченко, М. Фотаки, С. Хоканссон, В.М. Чернышев, И.Н. Шейман и др.) рассматриваются проблемы финансовых отношений бюджетно-страховой модели. Понимание этого обусловило постоянный поиск наиболее оптимальной модели функционирования отечественного здравоохранения. К 2005 г. критическая масса необходимости системной трансформации здравоохранения достигла своего максимума, и можно вполне определенно констатировать, что 2005 г. является своеобразной точкой перелома в оценке предыдущих результатов и необходимости последующих преобразований. Именно после 2005 г. в Российской Федерации началось реформирование системы здравоохранения, поиск новых финансовых инструментов, адекватных реальной экономической ситуации в отрасли. Основными элементами модернизации были: монетизация льгот, реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения

(ПНП «Здоровье»), пилотный проект, направленный на повышение качества медицинских услуг в 19 субъектах РФ, переход на одноканальное финансирование. В Томской области в 2005 г. активно велась подготовка к внедрению новых финансовых механизмов, реализация которых началась с января 2006 г.

Таким образом, до 2005 г. деятельность системы здравоохранения была обусловлена одной финансово-экономической и организационно-правовой средой, вытекающей из предыдущих десятилетий функционирования в условиях бюджетно-страховой модели, после 2005 г. система здравоохранения России, в том числе и Томской области, была подвергнута серьезным изменениям, результативность которых требует своего осмысления, что и определило актуальность настоящей статьи.

Анализ научных публикаций из приведенного выше списка авторов (а этот перечень можно продолжать, так как практически нет ни одной научной статьи, которая бы не критиковала сложившуюся в России систему здравоохранения) выявил ряд особенностей. Во-первых, их фрагментарность. Авторы, исследуя проблемы, приводят аргументацию относительно конкретной ситуации, не останавливаясь на других вопросах функционирования финансовой системы здравоохранения РФ; чаще всего в качестве проблем указывается недостаточность финансирования программы государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Во-вторых, проблема описывается «в целом»; здесь чаще всего критике подвергается сама страховая модель ОМС. В-третьих, применяется различный масштаб описания проблем: авторы концентрируются либо на уровне отдельной медицинской организации (группе однопрофильных организаций, например, стационаров), либо на региональном уровне. В результате изучение перечня научных публикаций не дает целостной картины, не позволяет оценить масштаб проблем в финансовой системе здравоохранения РФ.

Таким образом, задачей настоящего исследования является систематизация проблем финансовой системы здравоохранения РФ в целях предоставления возможности авторам использовать данный материал в своих аналитических работах.

Основной метод классификации – фасетно-дескрипторный: самостоятельные фасеты формировались и описывались на основе ключевых слов, составляющих сущность выявленной проблемы (выделено полужирным шрифтом).

В результате исследования систематизация проблем финансирования здравоохранения РФ осуществлена по следующим 12 группам:

1. **Несоответствие объемов государственных обязательств** по предоставлению бесплатной для пациентов медицинской помощи фактическим **объемам государственных финансовых ресурсов**, выделяемых на эти цели. По данным Минздрава РФ, дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации за 2014 г. отмечался в 61 субъекте Российской Федерации – 119,0 млрд руб., или 32,9% потребности в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов Российской Федерации, рассчитанной в соответствии с установленными на 2014 г. нор-

мативами; в 22 субъектах территориальные программы государственных гарантий были бездефицитными. Максимальный размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы отмечен в Республике Дагестан (78,4% потребности). Существенный дефицит финансового обеспечения ТПГГ был в Республике Марий-Эл (69,4%), Забайкальском крае (65,0%), Республике Калмыкия (64,6%), Брянской области (63,4%), Республике Карелия (61,4%), Чеченской Республике (60,3%) [1. С. 147].

2. В условиях многоканального финансирования констатируется проблема **дезинтеграции основных финансовых ресурсов** – средств ОМС и бюджета: действуют разные режимы поступления и расходования средств в медицинские учреждения по разным источникам финансирования (ОМС – за фактические объемы помощи, бюджет – преимущественно на содержание ЛПУ). В результате:

- планирование доходов и расходов системы лечебно-профилактических учреждений здравоохранения носит формальный характер, практически исходит только из потребности самой системы здравоохранения, мало увязано с потребностями населения;

- возникают необъективные различия в объемах, аккумулируемых на цели здравоохранения финансовых средств как по регионам страны, так и внутри регионов по городам и районам;

- несмотря на переход к системе одноканального финансирования, по регионам сохраняется низкая доля средств, проходящих через систему ОМС (например, в Ненецком автономном округе, по итогам 2014 г., 62,1% ТПГГ – средства бюджета) [1. С. 156]. Это означает, что система финансово-экономического стимулирования производителей медицинской помощи не является целостной. Сами же медицинские организации (МО) оказываются «расколотыми» на два «лагеря», что приводит к нарушению гармонии их экономических интересов, потере клинической преемственности в работе, а также к срывам в медико-организационном взаимодействии.

3. Проблемы системы финансирования медицинских организаций (**несовершенство системы способов оплаты**).

Новые методические рекомендации (МР) по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования доведены совместным письмом МЗ РФ и ФФОМС от 24.12.2015 №11-9/10/2-7938 «О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [2]. В МР устранен ряд проблем предыдущих версий: появилась определенность в способах оплаты; устранена проблема чрезмерности набора используемых методов; стала более четкой формулировка приоритетов и требований к системе оплаты медицинской помощи. Но остались проблемы, характерные для прежней финансовой системы:

- отсутствует соотнесенность (совместимость) в оплате отдельных видов медицинской помощи, что является одним из грубых просчетов в российской практике перехода к новым методам оплаты. Поскольку в МР способы по-прежнему остаются раздельными для амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, целостное представление о законченности повода обращения за медицинской помощью не достигается. В результате может сло-

житься ситуация, которая практически сведет к нулю достоинства предложенных методов оплаты, к перемещению ресурсов в сторону дорогостоящих видов помощи. Применение оплаты всего комплекса услуг поликлиники по подушевому принципу без элементов фондодержания не дает положительных результатов. В этом случае у поликлиники отсутствует интерес в снижении госпитализации, в то время как стационар заинтересован в росте объемов больничных услуг. В указанных случаях не происходит никаких положительных сдвигов в структуре деятельности поликлиник, а больницы «оттягивают» на себя все такую же или даже большую долю средств из общего объема финансирования. Этому дополнительно может способствовать переход оплаты стационарной помощи по DRG, поскольку, как считает группа экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ (Р.Б. Солтман, Р. Буссе, Э. Моссиалос), метод требует достаточно серьезной «системы управленческого контроля», без которой применение метода «приводит к таким отрицательным последствиям, как перераспределение больных по более “доходным” категориям (даже в США, имеющей относительно развитую систему контроля), и без которой целесообразность введения подобных систем весьма сомнительна» [3. С. 119]. К сожалению, принцип фондодержания только обозначен (п. 3.2 МР-2015) без соответствующей ссылки на ранее принятые Минздравом РФ (2011 г.) МР по внедрению способов оплаты амбулаторной медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности с использованием принципа «фондодержания»;

- медленно меняется созданная система оплаты, экономически заинтересовывающая производителей в больном, а не здоровом человеке. Известная логика поведения производителей медицинской помощи – «то, что оплачивается, то, что выше оплачивается, – то и выгодно» – ошибочно поддерживается правилами оплаты медицинской помощи;

- используемые ретроспективные методы оплаты стимулируют рост фактических объемов оказываемой помощи, что во многих случаях приводит к росту негативных пропорций в структуре предоставления медицинской помощи. Этому будет способствовать принятый порядок определения фактического размера финансового обеспечения МО, который, в отличие от определения планового размера, связан с объемом посещений, обращений. Принцип ретроспективной оплаты предусматривает, что амбулаторно-поликлиническое учреждение самостоятельно определяет объемы оказываемой медицинской помощи; финансирующая сторона оплачивает фактические объемы оказанной медицинской помощи. По новым правилам – в пределах 10% сверх предельного размера финансового обеспечения медицинской организации. Однако уже появились прецеденты судебных решений по оплате всего выполненного объема медицинских услуг;

- все финансовые риски, связанные с оплатой медицинской помощи, несет финансирующая сторона. Методы оплаты за фактические объемы услуг обладают серьезным потенциальным недостатком – могут способствовать необоснованному росту объемов услуг, превышающему финансовые ресурсы плательщика (страховщика) и искажающему заложенные в программе государственных гарантий приоритеты и объемные показатели. При слабой информированности пациента о наборе необходимых услуг врачи могут неоп-

равданно увеличивать число госпитализаций, посещений и простых услуг либо завышать сложность случая (при расчете по законченному случаю), что увеличивает длительность и стоимость лечения. Страховщики несут большие затраты на обработку огромного объема данных об оказанных услугах, но, как показывает опыт, только контроль объемов деятельности не является эффективным способом их регулирования. Помимо этого, оплата амбулаторно-поликлинической помощи по фактическим объемам снижает ответственность врачей за состояние здоровья прикрепленного населения, ослабляет координирующую функцию врачей первичного звена – заинтересованность в рациональном выборе места оказания помощи на других этапах, обеспечение преемственности лечения на разных этапах, оценку качества услуг, оказываемых другими медиками. Все это в конечном итоге приводит к тому, что результат функционирования системы здравоохранения (т.е. максимально возможное достижение здоровья населения в соответствии с имеющимися эффективно используемыми ресурсами) оказывается не достигнутым;

– осуществление выбора новых методов оплаты только одной стороной (чаще всего финансирующими организациями без участия и согласования с производителями медицинской помощи) привело к росту противостояния между финансирующей стороной и медицинскими организациями, ошибочным решениям в выборе методов оплаты и их сочетаемости. Большинство территорий не воспользовалось впервые созданной возможностью решать вопросы оплаты медицинской помощи путем обсуждения вариантов и согласования условий в рамках деятельности комиссий по согласованию тарифов. Сами комиссии, созданные из представителей органов управления здравоохранением, фондов ОМС и страховых медицинских организаций, профсоюзов медицинских работников, имеющие возможность использовать механизмы согласования решений сторонами, во многих случаях оказались формальными последователями административной практики принятия решений. Можно было бы предположить, что принятие решений о переходе на новые методы оплаты производителей одной стороной, например финансирующей, нормально, но только при соблюдении важного условия: такое решение должно быть основано на детальном анализе позитивных и негативных результатов и последствий действующей системы. Поскольку практика такого анализа отсутствует, то партнерское обсуждение вопроса, рассмотрение различных точек зрения в рамках комиссии по согласованию тарифов есть очевидная необходимость.

**4. Несовершенство договорных отношений,** проявляющееся в нескольких направлениях:

– договоры обслуживают только часть финансирования учреждений здравоохранения (не охватывают бюджетные поступления), а потому являются неполными по содержанию и возможностям регулирования отношений между финансирующей и производящей сторонами;

– практика заключения договоров сложилась преимущественно по схеме: плательщик (ТФОМС, СМО) – производитель (конкретная МО). В рамках такой схемы производителю становится безразлично его место в системе предоставления медицинской помощи в целом. Главное – выбрать сумму по договору, а какими средствами, какой организацией медицинской помощи –

неважно. Следует обратить внимание на то, что если для отдельного учреждения позиция отмежевания «себя от себе подобных» экономически закономерна, но опасна в медико-организационном смысле, то для финансирующей стороны такое «сепаратное» поведение неадекватно и чревато во всех смыслах. Создалась ситуация, в которой страховщики рассматривают систему предоставления медицинской помощи как набор отдельных лечебно-профилактических учреждений, а не их систему со связями и зависимостями между собой<sup>1</sup>.

Вот почему в договорах финансирования поликлиник нет четких показателей и обязательств направлять на плановую госпитализацию больных с адекватными состояниями, в нужные сроки, проводить послебольничное долечивание и наблюдение и т.д. Аналогично в договоре со стационаром ничего не сказано о взаимодействии с поликлиниками по поводу обоснованности госпитализаций, догоспитального обследования, предоперационной подготовки и т.п. Такая договорная практика явно препятствует преемственности в оказании медицинской помощи, порождает дезинтеграцию в сети ЛПУ и обостряет проблему разобщенности их действий по поводу пациента, она не только не способствует преодолению структурных диспропорций в оказании медицинской помощи, но сама по себе может провоцировать и углублять нежелательные структурные изменения;

– договоры, используемые в системе ОМС, являются документами типовой, т.е. неизменяемой формы. Утвержденные Правительством РФ еще осенью 1993 г., они по 2000 г. не пересматривались, несмотря на то, что практических замечаний к их содержанию и форме накоплено немало. Новая редакция (Приказ МЗ РФ от 24.12.12 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию») также жестко закрепила все нормы, прописанные в договоре<sup>2</sup> [4]. В России практически не работает принцип договорного цикла. В силу отсутствия практики стратегического и текущего планирования, практики постоянной обработки и анализа необходимой информации, а также недостатка полномочий по пересмотру содержания договоров договоры обычно заключаются в течение нескольких дней, минуя этап переговоров и согласования условий, и носят в большинстве случаев принудительный характер для одной стороны и вынужденный характер – для другой<sup>3</sup>.

**5. Неадекватная система тарифообразования и учета затрат** на медицинские услуги, заметно снижающая положительный эффект от применения всех способов оплаты в России:

---

<sup>1</sup> Отсутствие принципа системности в организации медицинской помощи проявляется, к сожалению, и в других параметрах деятельности российского здравоохранения. Например, при выборе тактики лечения на амбулаторном, стационарном и последующем амбулаторном этапах: часто это самостоятельные, не связанные между собой наборы лечебно-диагностических мероприятий, отсюда разрозненность и финансовых инструментов.

<sup>2</sup> Последние изменения формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования внесены Приказом МЗ РФ от 16.11.2015 № 806н [5].

<sup>3</sup> Анализ причин неправового «вынужденного» характера договорных сделок – в первую очередь причин финансового и институционального характера – выходит за рамки настоящей статьи и заслуживает отдельной темы для обсуждения.

– повсеместно применяются так называемые неполные или усеченные тарифы. С одной стороны, это вызвано решением 1993 г. (и более поздними) по сохранению за бюджетом отдельных статей финансирования учреждений, входящих в систему ОМС. Такие статьи расходов, как бесплатное и льготное обеспечение лекарственными средствами целых групп амбулаторных пациентов, хозяйственные и коммунальные услуги, приобретение дорогостоящего оборудования и инвентаря, новое строительство, закреплены за бюджетами. Однако, как правило, эти статьи не возмещаются ни из одного источника, и учреждения несут прямые потери и становятся должниками. С другой стороны, тарифы на медицинские услуги в самой системе ОМС фактически оказываются усеченными в связи с применяемыми методами учета и расчета затрат. В таких условиях не покрываются фактические затраты на услуги даже по переменным видам расходов. В учреждениях периодически возникают долги по заработной плате и другим видам затрат, решения об использовании поступающих средств носят хаотичный характер, не соответствующий собственным приоритетам учреждения для поддержания нормальной деятельности. Это происходит не в связи с результатами деятельности, а из-за неполноценности тарифов. В таких условиях степень управленческого воздействия методов оплаты на МО оказывается крайне низкой. Учреждение практически перестает реагировать на изменение методов оплаты, поскольку ни один из них не формирует финансовую устойчивость и не создает реальных стимулов к эффективной деятельности. Все это усиливает финансовый дисбаланс медицинских организаций, поскольку они вынуждены изыскивать дополнительные средства для приближения размера тарифов к экономически целесообразной величине (таблица).

Данные позволяют прийти к выводу, что значительное число субъектов РФ рассматривает средства ОМС не как источник финансирования узкого перечня расходов, а как ресурс, служащий для покрытия затрат медучреждений в соответствии со складывающимися на местах текущими приоритетами, тем самым, по нашему мнению, объективно способствуя переходу на новые способы финансирования медицинских организаций;

**Фактическое исполнение объемных и финансовых нормативов ПГГ  
в 2014 г. в среднем по РФ**

Наименование норматива	Объемное исполнение норматива, установленного ПГГ	Финансовое исполнение норматива, установленного ПГГ
Вызов скорой медицинской помощи	90,6% норматива	На 31,8% выше норматива
Посещения с профилактической и иными целями	На 38,5% выше норматива	На 11,4% выше норматива
Посещения в неотложной форме	48,7% норматива	На 3,8% выше норматива
Обращения в связи с заболеванием	96,8% норматива	На 14,7% выше норматива
Случай госпитализации	На 6,8% выше норматива	На 7,0% выше норматива
Количество койко-дней медицинской реабилитации в стационарных условиях	96,7% от норматива	На 15,2% выше норматива
Количество пациенто-дней в условиях дневного стационара	96,2% от норматива	На 42,6% ниже норматива
Средний подушевой норматив		На 13,0% выше норматива

Источник: [1. С. 158–159].

– нарушена структура затрат. Постоянные затраты (не зависящие от объема деятельности) достигают 80% (вместо 50% в развитых странах) прежде всего в связи с сохранением старых правил найма и оплаты труда персонала, не позволяющих гибко управлять числом работников и размерами их заработков, а также государственной собственностью на основные фонды, превращают исторически сложившиеся мощности учреждения в «обузу», требующую поддержания даже при неполном использовании. На этот экономический фактор наслаивается традиционная управленческая тактика главных врачей: использовать все имеющиеся мощности даже в условиях неполного возмещения затрат. Экономической причиной такой тактики руководителей учреждений является расчет потерь: пустующая койка все равно потребляет 75–80% затрат (постоянные издержки), а занятая будет оплачена процентов на 50. Поэтому руководители учреждений стараются наращивать объемы работ, хотя они и оплачиваются по усеченным тарифам. Такая практика вызвана ограниченными правами МО в отношении управления финансово необеспеченными мощностями, т.е. реструктуризации мощности в соответствии с потребностями населения. К сожалению, решение данной проблемы в России пошло по самому кардинальному варианту: по данным Росстата, ежегодно публикующего информацию о здравоохранении в России, за период с 2005 по 2014 г. число больничных организаций сократилось с 9,5 до 5,6 тыс., амбулаторно-поликлинических учреждений – с 21,8 до 17,1 тыс., станций (отделений) скорой медицинской помощи – с 3,2 до 2,6 тыс., ФАП – с 43,1 до 35,0 тыс. [6];

– без перехода на новые способы оплаты, в частности КСГ, КПП, единицы расчетов тарифов не соответствуют единицам измерения объемов помощи для используемых методов оплаты медицинской помощи. Фактически тарифы рассчитываются как усредненные величины по профилям коек в стационарах и как средние посещения по врачебным специальностям в поликлиниках. Единственным показателем дифференциации этих средних тарифов является длительность лечения в койко-днях и кратность посещений. Потому зачастую законченным случаем лечения в стационаре оказывается число фактических или плановых койко-дней, а законченный случай амбулаторного обслуживания есть не что иное, как число посещений по одной цели обращения. Так система расчетов тарифов «крутится» вокруг традиционных показателей койко-дня и посещения, неся в себе пороки усреднения и пренебрежения различиями в технологических особенностях, условиях и результатах диагностики и лечения;

– основной формой обновления (пересмотра) тарифов является не проведение экономических расчетов, а индексация действующих тарифов на основе индексов-дефляторов, устанавливаемых органами финансового управления администраций субъектов Российской Федерации. При этом не всегда учитывается даже различный уровень удорожания ресурсов, ведущий к структурным сдвигам внутри тарифа. Многие данные, необходимые для расчета тарифов, но отсутствовавшие в официальной статистической и финансовой отчетности (например, доля работ параклинических подразделений, приходящаяся на конкретное лечебное отделение), также собирались единожды, без учета изменений в структуре учреждения. Таким образом, сбор и анализ данных для



расчета тарифов остается единовременным мероприятием, а традиционно обязательные для сбора статистические и финансовые показатели недостаточны для целей ценообразования. В настоящее время тариф воспринимается только как инструмент финансирования, но все, что связано с вопросами управления ресурсами на основе процессов сбора и анализа информации для расчета тарифов, их корректировки, оценки необходимых объемов медицинской помощи для финансовой стабильности учреждения, остается вне сферы внимания управленцев как лечебно-профилактических учреждений, так и финансирующей стороны;

– в стране (за исключением единичных учреждений) отсутствует практика управленческого учета или учета затрат. Система оплаты измеряет затраты на оказание медицинской помощи в тарифах, т.е. в заведомо искаженных по сравнению с затратами величинах. Отсутствие учета затрат снижает объективность расчетов тарифов, но, что еще важнее, незнание управленческого учета не позволяет учреждениям управлять затратами. Решение о том, как потратить имеющиеся средства, принимается вслепую под властью не экономических, а иных сопоставлений. С трудом можно найти учреждение, точно осведомленное о разнице в своих реальных затратах на укорочение срока лечения на один койко-день, или замене полостной операции на эндоскопическую, или курации больного после выписки на дому вместо перевода в отделение ухода.

#### **6. Отсутствие должной системы планирования медицинской помощи.**

В связи с увеличением доли средств, финансируемых через систему ОМС, произошла дезинтеграция системы планирования медицинских услуг.

С одной стороны, эту функцию вынужденно начинает осуществлять Фонд обязательного медицинского страхования, «отодвинув» территориальный орган управления здравоохранением.

С другой стороны, непосредственные плательщики не берут на себя функции планирования: страховщики оплачивают представленные счета, собирают и анализируют информацию по объемам и качеству медицинской помощи, но практически не занимаются анализом структуры потребления медицинской помощи и планированием объемов медицинских услуг на будущий период. Новый цикл подписания договоров чаще сводится к обновлению тарифов, но ни в коей мере не к управляемому воздействию на структуру и объемы медицинской помощи, включая адекватность ее оказания в стационарных и амбулаторных условиях. В их деятельности очень слабо прослеживается линия на оптимизацию структуры оказания медицинской помощи и повышение эффективности использования ресурсов с применением современных методов управления потоками пациентов и финансовых средств (методов управляемой медицинской помощи). Справедливости ради, стоит отметить, что в большинстве случаев органы управления здравоохранением и фонды ОМС не поддерживают тезис о необходимости вовлечения страховщиков в планирование объемов медицинской помощи, считая эти вопросы своей прерогативой. В общем, в России нет страховых компаний, которые бы играли роль придирчивых покупателей. Страховщикам удобно выступать в роли простых передатчиков денежных средств, не стремясь управлять рисками и денежными средствами, а органы управления здравоохранением желают сохранять за собой плановые

функции (часто даже не имея необходимой информации для решения подобных задач). Так система предоставления медицинской помощи противостоит задаче формирования покупателя медицинской помощи, размывая его функции между различными органами и организациями. В результате система оплаты носит затратный характер, усугубляя структурные диспропорции в здравоохранении. Больницы получают сильные стимулы к наращиванию объема стационарной помощи, в том числе и тех видов, которые могут оказываться амбулаторно или в дневных стационарах. Оплата за отдельные амбулаторно-поликлинические услуги, стимулируя расширение их объема, порождает проблему слабой предсказуемости затрат, которую фонды вынуждены решать путем пересмотра тарифов. Медико-экономическая экспертиза, проводимая страховщиками, позволяет выявить лишь наиболее очевидные случаи необоснованности госпитализаций и оказанных услуг, но не решает проблему оптимизации объемов и совершенствования структуры оказания медицинской помощи.

И с третьей стороны, проблема заключается в том, что все планирование до сих пор осуществляется методом «сверху-вниз», от федеральных нормативов к участковому врачу. А должно быть наоборот: от паспорта врачебного участка к муниципальному, региональному и федеральному уровням.

**7. Не сочетающиеся между собой методы оплаты медицинской помощи и формы оплаты труда медицинского персонала.** А это означает, что для медицинских работников, непосредственно работающих с пациентами, не формируются экономические стимулы к эффективной и результативной деятельности в государственном секторе предоставления медицинской помощи. В России статус производителя медицинской помощи закреплен не за отдельными врачами (и другими медицинскими работниками), а за организациями в целом (поликлиниками, больницами, диспансерами и т.д.). Переход на новые методы оплаты медицинской помощи в России означает изменение правил поступления денежных средств в организацию, предоставляющую медицинскую помощь. За период внедрения ОМС реформа оплаты медицинской помощи никак не сочетается с реформой оплаты труда медицинских работников<sup>1</sup>. Доля заработной платы с начислениями, как следует из доклада МЗ РФ, в структуре расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на медицинскую помощь составляла, по итогам 2013 г., 53,2% [7. С. 126]. Но в структуре расходов медицинских организаций на оплату медицинской помощи заработная плата занимает 86,3%, при этом расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют лишь 1,0% от общих расходов, отмечает Минздрав РФ в своем докладе по итогам 2014 г. [1. С. 159]. Такая динамика со всех точек зрения не может считаться нормальной.

---

<sup>1</sup> Только в 2010 г. здравоохранение Томской области смогло перейти на новую систему оплаты труда, ориентированную на конечный результат. Но система оплаты, принятая в 2011–2012 гг. в связи с введением модернизации (оплата по стандартам), практически свела к нулю нарабатываемую практику.

**8. Отсутствие конкуренции:** конкуренция между страховыми компаниями, с одной стороны, и медицинскими учреждениями – с другой – это основа реформы.

Конкуренция между медицинскими организациями порождается разборчивостью покупателя медицинских услуг, которую предполагает закон о медицинском страховании. Медицинские учреждения должны соревноваться за право заключить договор со страховой компанией, а выбор медицинского учреждения потребителем медицинских услуг (еще одна движущая сила конкуренции) происходит не напрямую, а через выбор страховой компании. Если страховая компания или филиал территориального фонда ОМС не ищет лучшее медицинское учреждение, чтобы заключить с ним договор (похоже, этого не делает ни одна страховая компания России), а потребитель выбирает медицинское учреждение только посредством выбора страховой компании, конкуренции между медицинскими учреждениями, безусловно, не будет.

Главное препятствие к появлению конкуренции между медицинскими учреждениями – сохранившееся с советских времен господство больниц и поликлиник на своей территории. В малонаселенных районах открывать дополнительные медицинские учреждения бессмысленно. Таким образом, конкуренция между медицинскими учреждениями вероятна только там, где их много, – в крупных городских районах. Но и здесь она выражена слабо<sup>1</sup>.

Разборчивость в заключении договоров, без которой новой системе финансирования успеха не добиться, встречает препятствия на нескольких направлениях. Местные органы управления здравоохранением сопротивляются ей, поскольку их власть уменьшается пропорционально развитию рыночных отношений. Руководители больниц и поликлиник нередко боятся ее, поскольку с ней, помимо вероятного увеличения доходов, пришли бы необходимость менять привычные методы работы и неуверенность. «Да и население не знает, что делать с возможностью выбора, предпочитая пассивно зависеть от государства», – считает эксперт ВОЗ Е. Трагакес [8].

**9. Обязательное медицинское страхование носит не рисковый характер.** По всей видимости, интересы страховых компаний оказались искажены. С одной стороны, предполагается, что они должны быть частными и коммерческими организациями. Это означает, что они должны нести риск, т.е. наряду с возможностью получать прибыль им должна грозить и опасность убытков. Тем не менее, понеся убытки, страховая компания их не возмещает. В принципе возмещать убытки страховой компании должен территориальный фонд ОМС, но он может избежать этого, сократив финансирование медицинских учреждений. В конечном счете финансовый

---

<sup>1</sup> В Томской области итоги внедрения новых финансовых инструментов показывают, что перспективное подушевое финансирование и в сельской местности является финансовым стимулом для привлечения пациентов, в первую очередь из «сопредельных» населенных пунктов, а также стимулом для внедрения новых медицинских технологий. С другой стороны, рациональный менеджмент все больше заставляет главных врачей районных больниц искать варианты медицинского аутсорсинга, кооперируясь с другими муниципалитетами по отдельным видам медицинской помощи. Все это является явными признаками развивающейся конкуренции при правильных финансово-экономическом и организационном подходах к внедрению новых механизмов.

риск ложится на больного, которому приходится платить за лечение, не финансируемое государством, из собственного кармана.

Доход страховой компании состоит из фиксированной доли от стоимости договорного набора. Имея гарантированный доход, страховая компания не стремится заставить медицинское учреждение тратить страховые деньги экономнее. Так что, пока страховая компания не несет финансового риска и имеет гарантированный доход, никакой пользы от повышения экономической эффективности работы медицинского учреждения получить невозможно.

#### **10. Несовершенство законодательной и нормативной правовой базы.**

Произошло смешивание государственных и частных видов страхования, государственных и частных принципов оказания медицинских услуг. Разрешив страховым компаниям заключать договоры и с государственными, и с частными медицинскими учреждениями, закон в то же время ни для страховых компаний, ни для медицинских учреждений не определил четко разницу между обязательным и добровольным страхованием, использованием государственных и частных средств. Из-за этих неясностей у медицинских учреждений и страховых компаний появились возможности использовать в своих интересах неосведомленность потребителя, по-своему распоряжаться набором медицинских услуг, оплаченных договором ОМС, обогащаться за счет государственных средств [9]. Неурегулированное разделение обязанностей властных и страховых структур в обеспечении медицинского обслуживания в рамках ОМС и отсутствие жесткого управления их деятельностью способствуют нерациональному использованию средств [10].

#### **11. Неуправляемое (практически стихийное) нарастание явной и скрытой платности медицинской помощи.**

По данным Росстата, объем платных медицинских услуг за период с 2005 по 2014 гг. вырос в 4,32 раза, а удельный вес платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг – с 4,8 до 6,4% [11. С. 44]. При этом, если в среднем за указанный период денежные расходы домашних хозяйств на платные медицинские услуги выросли в 4,92 раза, то для первой квантили (с наименьшими располагаемыми ресурсами) они возросли в 5,18 раза. Такая динамика заставляет задуматься о достижимости целей функционирования системы здравоохранения России так, как их видит Всемирная организация здравоохранения.

С 1992 г. Институтом социологии РАН, Институтом питания РАМН, Университетом Северной Каролины, США реализовывался проект «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ). Начиная с 2010 г. проект получил новое имя «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ» (RLMS-HSE). Примерно раз в год проводится опрос более 7 000 домохозяйств о структуре их потребительских расходов. Главные выводы мониторингового исследования были следующими (Т.В. Богатова, Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова, С.В. Шишкин):

- расходы населения на медицинские нужды сопоставимы с расходами государства на здравоохранение;
- доля семейных расходов на медицинские нужды растет;

- оплата «в руки» составляет значительную, но не основную часть расходов населения на медицинскую помощь;
- существует большое территориальное неравенство в реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь;
- в сложившейся ситуации, когда за получение формально бесплатной медицинской помощи приходится платить, в худшем положении оказываются менее обеспеченные слои населения и семьи, живущие вне крупных городов; они вынуждены тратить на медицину большую долю своих семейных бюджетов и чаще отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств [12. С. 17].

К этому Т.Н. Макарова добавляет, что нерегулируемое в большинстве случаев предоставление государственными учреждениями медицинской помощи за счет средств пациентов оказывает разрушительное действие на результативность новых методов оплаты медицинской помощи из государственных источников. Только открытое признание фактической платности медицинской помощи и активное регулирование этих процессов могут снять негативное воздействие официальных и теневых платежей населения на экономические стимулы производителей медицинской помощи<sup>1</sup> [13. С. 23].

**12. Несовершенная система мониторинга за внедрением финансовых инструментов, отсутствие научного сопровождения,** что в целом делает задачу оценки результатов и последствий апробации любого из методов трудно и неточно решаемой. Отсутствие повсеместной практики мониторинга и оценки превратило внедрение новых методов оплаты в самоцель: чем больше методов освоили, тем лучше; решили пробовать еще один, потому что раньше не использовали, – очень хорошо. Именно в такую «погоню» за числом пробуемых методов превратилась на практике система оплаты медицинской помощи. На вопросы, какие результаты дал тот или иной метод и почему, какие прямые и косвенные факторы повлияли на достижение положительных или проявление негативных результатов, какие управленческие, организационные и дополнительные экономические инструменты были разработаны для устранения негативных или закрепления положительных тенденций, ответ найти невозможно ни на каком уровне управления, ни в одной территории (кроме экспериментально работающих в этом направлении). Система пробует новые правила игры вслепую, а значит, и новый шаг грозит стать неверным.

Таким образом, поскольку методы оплаты медицинской помощи не используются в целях приведения в соответствие имеющихся ресурсов (прежде всего финансовых) и обязательств системы здравоохранения (в виде программы государственных гарантий по бесплатному предоставлению населению медицинской помощи) и не справляются с задачами управления структурой предоставления медицинской помощи, то:

– не оптимальна композиция предоставляемых и потребляемых медицинских услуг: продолжается смещение структуры оказания медицинской помо-

---

<sup>1</sup> Фактически имеет место не столько дополнительная оплата пациентом более высокого качества медицинской помощи, сколько компенсация из личных средств граждан недофинансирования здравоохранения из государственных источников (ОМС и бюджет), что и является одним из вариантов повышения финансовых нормативов, отмеченных в таблице.

щи в сторону относительно дорогостоящих ее видов; неравномерное распределение ресурсов здравоохранения, при котором основная часть сосредоточена в третичном и более высоком здравоохранении (специализированные институты), а в первичном, наиболее массовом, их не хватает; выражено и постоянно углубляется несоответствие между потребностью населения в профилактической, лечебной, реабилитационной и паллиативной помощи и структурой финансирования отрасли (например, первичная помощь охватывает 80% населения, но получает 30% всего финансирования, а число врачей в первичном звене менее 15%, тогда как в развитых странах – 50–60%); потребность населения в отдельных видах специализированной медицинской помощи удовлетворяется не в полной мере (например, излишне выделяются ставки гастроэнтерологов, но отсутствуют специалисты в области гепатологии или панкреатологии; вместо детских неврологов есть потребность в эпилептологах и других узких специалистах);

- методически неверно идет процесс сокращения удельного веса расходов на стационарную помощь;

- амбулаторно-поликлиническая помощь не получает достаточных средств для своего развития;

- ресурсосбережение является практикой только отдельных ЛПУ, а не системы предоставления медицинской помощи в целом;

- производители медицинской помощи (МО) рассматривают максимизацию объемов деятельности (в единицах оплаты медицинской помощи) как основной способ поддержания своей индивидуальной финансовой устойчивости;

- полная загрузка мощностей принимается за эффективное использование ресурсов, т.е. финансирование ЛПУ из определенного источника рассматривается как обязательство финансирующей стороны окупить содержание всех мощностей учреждения;

- устойчиво высок удельный вес услуг, оплачиваемых по более высоким тарифам, вне зависимости от их клинической эффективности;

- ЛПУ дезинтегрированы и экономически разобщены в своих действиях по поводу пациента;

- не практикуется на постоянной основе экономический анализ обоснованных потерь ресурсов как метод управления затратами отдельного ЛПУ и отрасли в целом.

Таким образом, в настоящем исследовании представлено 12 классификационных единиц (фасетов), описывающих проблемы финансовой системы здравоохранения России. Такое достаточно большое количество проблем (даже без подгрупп) является свидетельством явного дисбаланса в системе финансовых отношений сформировавшейся бюджетно-страховой модели здравоохранения Российской Федерации. Вывод об отсутствии системных реформ в российском здравоохранении при наличии финансовых возможностей, сделанный ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения (г. Москва) и Независимым институтом социальной политики (г. Москва) в рамках реализации программы ВОЗ/CIDA «Политика и управление в области здравоохранения в РФ» в 2004–2005 гг. [14], сохраняет свою актуальность до настоящего времени.

**Выводы.** Завершая рассмотрение систематизации проблем финансирования здравоохранения в Российской Федерации на современном этапе его развития, можно сделать следующие основные выводы:

1. В вопросах финансирования здравоохранения Российской Федерации, действующей в условиях бюджетно-страховой модели, накопилось значительное количество проблем, связанных с системным дисбалансом на всех уровнях организации медицинской помощи: планирования, учета, распределения, достижения результата, мониторинга и управления. Все это в конечном итоге приводит к отсутствию выраженной положительной динамики медико-демографической ситуации, состояния здоровья населения России.

2. Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи оказались формальными, не обеспеченными не только необходимыми финансовыми ресурсами, но и адекватной финансово-организационной моделью предоставления гражданам России необходимой медицинской помощи.

3. Финансирование медицинских организаций в территориальных системах ОМС характеризуется многообразием применяемых методов оплаты. При этом наиболее прогрессивные финансовые механизмы медленно и без соответствующего методологического и методического сопровождения находят свое применение в практике регионального здравоохранения. Все это не обеспечивает сдвигов в решении проблемы низкой эффективности сложившейся в нашей стране системы ОМС, которая требует более решительной модернизации.

4. Во многих территориях РФ были предприняты попытки изменить сложившееся положение дел в системе финансирования медицинских организаций. Частично они были связаны с реализацией приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, частично – с проводимым Министерством здравоохранения и социального развития РФ экспериментом, частично – с решениями, принятыми в последние годы в связи с изменением законодательства. Однако внедряемые новации носят фрагментарный характер, достигнутые результаты вызвали скорее больше споров, чем одобрения, до 2013 г. они не были актуализированы на федеральном уровне и не приняты в качестве единой модели организации медицинской помощи. Как показали результаты проверки Счетной палаты РФ, представленные на коллегии в апреле 2015 г., основные цели оптимизации сети медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения не достигнуты – ожидаемого роста эффективности и доступности медицинской помощи не произошло [15].

5. Тем не менее основные параметры развития финансово-экономических отношений в целом очертить удалось. Они связаны с переходом на принципы одноканального финансирования по полному тарифу, изменением способов финансирования медицинской помощи в сторону преимущественно перспективных методов оплаты, внедрением элементов рыночных отношений, обусловленных системой фондодержания. Решению этой задачи должен был способствовать Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», предусматривающий поэтапный переход к одноканальному финансированию начиная с 2013 г. Именно в этом направлении и должны

осуществляться дальнейшие научные разработки, касающиеся совершенствования финансовой системы здравоохранения в Российской Федерации.

### *Литература*

1. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. М.: Министерство здравоохранения РФ, 2015 [Электронный ресурс]. URL: [https://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attach/000/026/627/original/Doklad\\_o\\_sostojanii\\_zdorovja\\_nase-lenija\\_2014.pdf?1434640648](https://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attach/000/026/627/original/Doklad_o_sostojanii_zdorovja_nase-lenija_2014.pdf?1434640648) (дата обращения: 01.07.2016).
2. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]. М.: МЗ РФ, ФФОМС, 18.12.2015 № 06/11/20. URL: <http://www.ffoms.ru/news/ffoms/o-metodicheskikh-rekomendatsiyakh-po-sposobam-oplaty-meditsinskoy-pomoshchi-za-schet-sredstv-obyazat> / (дата обращения: 01.07.2016).
3. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран: пер. с англ. / ред. Р.Б. Салтман [и др.]. М.: Весь Мир, 2002. 272 с.
4. Приказ МЗ РФ от 24.12.12 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [Электронный ресурс] // Система «Гарант». URL: <http://base.garant.ru/70292760/> (дата обращения: 01.07.2016).
5. Приказ МЗ РФ от 16 ноября 2015 г. № 806н «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Система «Гарант». URL: <http://base.garant.ru/71260448/> (дата обращения: 01.07.2016).
6. Росстат [Электронный ресурс] // Официальный сайт. URL: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 01.07.2016).
7. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год [Электронный ресурс]. М.: Министерство здравоохранения РФ, 2014. 129 с. URL: [http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/doklad\\_2013](http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/doklad_2013) (дата обращения: 01.07.2016).
8. Сборник методических материалов по формированию, экономическому обоснованию и реализации Территориальных программ ОМС / Федеральный фонд ОМС. М.: Деминург-АРТ, 2003. Т. 1–2.
9. Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления / отв. ред. С. В. Шишкин. М.: Поматур, 2006. Электрон. версия печат. публ. URL: <http://www.socpol.ru/publications/> (дата обращения: 01.07.2016).
10. Потапчик Е.Г. Сравнительный анализ законодательства отдельных европейских стран в области медицинского страхования (Германия, Нидерланды, Россия) // Сочетание общественного и частного в системе здравоохранения и системе медицинского страхования (текущее состояние дел, проблемы, перспективы). М., 1999. С. 121–141.
11. Платное обслуживание населения в России. 2015: стат. сб. / Росстат. М., 2015. 111 с.
12. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы / авт. коллектив: Т.В. Богатова, Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова, С.В. Шишкин (рук. проекта). М.: Пробел-2000, 2002. 197 с. (Препринт / Независимый ин-т соц. политики; WP1/2002/07).
13. Макарова Т.Н. Внедрение новых методов оплаты медицинской помощи: российский опыт 1988–1999 гг. (Анализ результатов и предложения по дальнейшему реформированию). М., 2000. 35 с. (Проект ТАСИС ЕУ.1997.С.21.Р. «Управление развитием системы социальной защиты: социальное страхование, медицинское страхование и пенсионное обеспечение»).
14. Анализ реструктуризации системы здравоохранения РФ: аналитический отчет за 2004–2005 гг. // Реализация реформы здравоохранения в субъектах Российской Федерации; программа ВОЗ/CIDA «Политика и управление в области здравоохранения в РФ» [Электронный ресурс]. М.: ЦНИИОЗ, 2010. URL: [http://www.healthreform.ru/restruct/restruct\\_report/report\\_2004-2005.html/](http://www.healthreform.ru/restruct/restruct_report/report_2004-2005.html/) (дата обращения: 01.07.2016).
15. Счетная палата Российской Федерации [Электронный ресурс]. М., 13 апреля 2015 г. URL: [http://audit.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://audit.gov.ru/press_center/news/21297) (дата обращения: 02.07.2016).



**S.A. Banin**

*Institute of Economics and Management, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia*

*E-mail: sbanin56@mail.ru*

## **SYSTEMATIZATION OF HEALTHCARE FINANCING PROBLEMS IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**Keywords:** Healthcare financing; Budgetary and insurance model; Healthcare modernization.

Financial relations play an important role among the elements of the healthcare system in Russia. Their efficiency influences the performance and goals of public healthcare. The financial system has accumulated many problems that have been influencing the effectiveness of the whole system. Therefore, there is a constant search for the best option that is considered as one-channel financing. Practical introduction of new approaches, however, has solved only some problems that appeared over the last years of budgetary and insurance model. Scientific publications do not provide complex analysis but the authors tend to refer to them for the purpose of substantiating the analyzed data. This does not provide an aggregate picture and, furthermore, does not enable us to view the complete range of problems. With the above-mentioned in mind, the present study appears to be valuable contribution.

The paper presents the results of a study on healthcare financing problems in Russia. The problems are grouped into 12 categories:

- discrepancy between the state obligation to provide free medical care and the real amount of state financial resources;
- discrepancy between the basic sources of financing, i.e. obligatory medical insurance and budget resources;
- imperfection of methods of payment for medical services;
- imperfection of contractual relations;
- inadequacy of the system of tariffs and expenditures accounting;
- inadequacy of the system of medical care planning;
- insufficient correlation of methods of payment for medical care and forms of remuneration for medical personnel;
- lack of competition;
- absence of risk elements in the health insurance system;
- imperfection of the legislative base;
- uncontrolled (almost on a large-scale) growth of explicit and shadow payments for medical services;
- imperfection of the system of monitoring introduction of financial measures;
- lack of scientific support.

The outlined number of problems reveals obvious imbalance of the financial system of the established budgetary and insurance model of healthcare in Russia.

## **References**

1. Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Report on the State of Public Health and Organization of Healthcare Based on the Results of the Activity of Government Bodies of the Subjects of the Russian Federation for 2014, 2014. Available at: [https://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attach/000/026/627/original/Doklad\\_o\\_sostojanii\\_zdorovja\\_naselenija\\_2014.pdf?1434640648](https://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attach/000/026/627/original/Doklad_o_sostojanii_zdorovja_naselenija_2014.pdf?1434640648) (accessed 01 July 2016). (In Russian).
2. Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Federal Compulsory Medical Insurance Fund. Recommended Practice in Ways of Payment for Medical Service Using the Funds of the Compulsory Medical Insurance Fund of December 18, 2015, N 06/11/20. Available at: <http://www.ffoms.ru/news/ffoms/o-metodicheskikh-rekomendatsiyakh-po-sposobam-oplaty-meditsinskoy-pomoshchi-za-schet-sredstv-obyazat/> (accessed 01 July 2016). (In Russian).
3. Saltman R. B., et al. (eds.) *Regulirovaniye predprinimatel'skoy deyatel'nosti v sistemakh zdoravookhraneniya evropeyskikh stran*. Moscow, Ves' Mir Publ., 2002. 272 p.
4. Ministry of Healthcare of the Russian Federation Order "On the Approval of the Standard-Form Contract for Provision and Payment for Medical Aid in the Framework of Compulsory Medical Insurance" of 24 December, 2012, N 1355-n. Available at: <http://base.garant.ru/70292760/> (accessed 01 July 2016). (In Russian).
5. Ministry of Healthcare of the Russian Federation Order. "O vnesenii izmeneniy v nekotoryye prikazy Ministerstva zdoravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii i Ministerstva

zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii” of 16 November, 2015, N 806-n. Available at: <http://base.garant.ru/71260448/> (accessed 01 July 2016).

6. Federal State Statistics Service. Available at: <http://www.gks.ru/> (accessed 01 July 2016). (In Russian).

7. Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Report on the State of Public Health and Organization of Healthcare Based on the Results of the Activity of Government Bodies of the Subjects of the Russian Federation for 2013, 2014. Available at: [http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/doklad\\_2013](http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/doklad_2013) (accessed 01 July 2016). (In Russian).

8. Federal Compulsory Medical Insurance Fund. Sbornik metodicheskikh materialov po formirovaniyu, ekonomicheskomu obosnovaniyu i realizatsii Territorial'nykh programm OMS. Moscow, Demurg-ART Publ., 2003. vol. 1-2.

9. Shishkin S.V. (Ed.) *Zdravookhraneniye v regionakh Rossiyskoy Federatsii: mekhanizmy finansirovaniya i upravleniya*. Moscow, Pomatur Publ., 2006. Available at: <http://www.socpol.ru/publications/> (accessed 01 July 2016).

10. Potapchik E.G. *Sravnitel'nyy analiz zakonodatel'stva otdel'nykh evropeyskikh stran v oblasti meditsinskogo strakhovaniya (Germaniya, Niderlandy, Rossiya)*. Moscow, 1999. 17 p.

11. Federal State Statistics Service. For-profit Medical Services in Russia, 2015. 111 p. (In Russian).

12. Bogatova T.V., Potapchik E.G., Chernets V.A., et al. *Besplatnoye zdravookhraneniye: real'nost' i perspektivy*. Moscow, Probel-2000 Publ., 2002. 197 p.

13. Makarova T.N. *Vnedreniye novykh metodov oplaty meditsinskoy pomoshchi: rossiyskiy opyt 1988-1999 gg.* Moscow, TACIS. 35 p.

14. Central Science and Research Institute for the Organization and IT Development of the Healthcare. An Analysis of the Healthcare System Restructuring in Russia. Analytical Report for the period of 2004-2005, 2010. Available at: [http://www.healthreform.ru/restruct/restruct\\_report/report\\_2004-2005.html/](http://www.healthreform.ru/restruct/restruct_report/report_2004-2005.html/) (accessed 01 July 2016). (In Russian).

15. Audit Chamber of the Russian Federation. Available at: [http://audit.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://audit.gov.ru/press_center/news/21297) (accessed 02 July 2016). (In Russian).

#### For referencing:

Banin S.A. Sistematizatsiya problem finansirovaniya zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii [Systematization of healthcare financing problems in the Russian Federation]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomika – Tomsk State University Journal of Economics*, 2016, no. 3 (35), pp. 89-106.