

М. А. Филина¹, С. А. Оруджева²

Особенности финансового механизма обязательного медицинского страхования в России и направления его модернизации

¹ Дагестанский государственный университет; Россия, 367000, г. Махачкала;
ул. М. Гаджиева, 43а; oleg-filin@yandex.ru;

² ФГБУ «НМИЦ институт хирургии им. А. В. Вишневского» МЗ РФ; Россия,
117997, г. Москва; ул. Большая Серпуховская, 27; osaida@rambler.ru

Аннотация. В статье отмечается, что в условиях одноканального финансирования бюджет Фонда обязательного медицинского страхования является основным источником ресурсного обеспечения здравоохранения. Особенности его функционирования во многом определяют конструкцию, текущие тенденции и проблемы медицинской отрасли в целом.

В статье приводятся результаты исследования финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования в нашей стране. Даны оценка исполнения плановых назначений по доходам и расходам бюджета ФОМС, проанализированы степень и причины его несбалансированности, исследована структура доходов и расходов, соответствие аккумулируемых доходов выплатам страховых взмещений. В результате проведенного исследования сделан вывод о недостаточной ресурсной обеспеченности действующей модели финансирования здравоохранения. При этом отмечено, что сложившийся механизм финансовых взаимоотношений звеньев системы в целом обеспечивает ее стабильность и отсутствие системных сбоев. Предложен ряд мер по укреплению финансовой устойчивости государственного медицинского страхования. В ходе исследования были применены основные принципы системного анализа и методы статистической обработки данных.

Ключевые слова: бюджет обязательного медицинского страхования, межбюджетный трансферт, субвенция на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования, страховые взносы за неработающее население, кредиторская задолженность организаций здравоохранения.

Введение

Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, сложившаяся в нашей стране, предполагает закрепление различных видов затрат и расходов медицинских организаций по источникам финансирования, среди которых наибольший удельный вес имеет Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) [1, с. 128]. В условиях преимущественно одноканального финансирования его основное предназначение заключается в участии в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, аккумуляции средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и управлении ими, распределении ресурсов здравоохранения между регионами страны и т. д. Современные особенности процесса формирования и распределения ресурсов ФОМС связаны с многими проблемами российской страховой медицины в целом.

Особую актуальность приобретает анализ финансовой устойчивости бюджета ОМС, адекватности формирования его доходной части расходам, финансирование которых должно обеспечивать бесперебойное функционирование здравоохранения всей страны.

Основное содержание

Анализ отчетных данных демонстрирует, что объем доходной части бюджета ФОМС последовательно увеличивается: к 2023 году он составил 2 189 млрд руб., что значительно превышает средний уровень инфляции за этот период и является примером реализации социально ориентированной государственной политики (табл. 1). Плановые назначения доходов бюджета по большей части перевыполнялись. Исключение составили 2015 и 2016 годы, когда недовыполнение плана составило 3 и 1 % соответственно. Недовыполнение объясняется серьезным недобором страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в фиксированном размере (было собрано 82 % от установленных назначений). В тот период администрирование страховых взносов на ОМС осуществлялось Пенсионным фондом России, что не всегда благоприятно отражалось на процессе формирования доходов ОМС. Доходная часть бюджета в 2023 году была исполнена в размере 3 290 млрд руб., что превышает плановые показатели на 5 % или 155 млрд руб. Превышение прогнозируемых значений бюджета, достигнутое, несмотря на тяжелую экономическую ситуацию и возросшее санкционное давление, обеспечило выполнение всех принятых на 2023 год социальных обязательств в области медицины.

Таблица 1. Выполнение плановых назначений доходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования России (млрд руб.).

Год	План	Факт	Процент выполнения
2013	1059	1101	104
2014	1240	1251	101
2015	1620	1574	97
2016	1669	1651	99
2017	1705	1737	102
2018	1887	1896	100
2019	2 098	2 124,00	101
2020	2367,3	2 392,6	101,1
2021	2 533,8	2631,4	103,9
2022	2 779	2 919	105
2023	3135	3290	105

Составлено по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования [2].

За 2022–2023 гг. наблюдался профицит средств бюджета фонда, в 2022 г. в размере рекордных 122 млрд руб., в 2023 г. – 104 млрд руб. (табл. 2). Финансовым основанием для превышения доходной части над расходной является переходящий остаток средств, образовавшийся ранее в результате недофинансирования ряда расходов фонда и увеличения трансфертов из федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов. Эти же факторы способствовали образованию профицита и в истекшем году. Так, объем финансирования из федеральной казны на указанные цели составил в общей сложности 149 млрд руб. На лечение пациентов с онкологией в рамках нацпроекта «Здравоохранение» фонду, как и годом ранее, был перечислен трансферт из федеральной казны на 140 млрд руб. Межбюджетный трансферт в ФОМС на покрытие ряда нестраховых расходов достиг 130 млрд руб., что на 7 % превышает показатели предыдущего года. Кроме того, на образование профицита оказало влияние некоторое недофинансирование расходов фонда в размере 33 млрд руб.

Таблица 2. Дефицит (профицит) бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (млрд руб.)

Год	План	Факт
2014	-26	-18
2015	-43	-65
2016	67	67
2017	-29	82
2018	-106	-93
2019	-92	-63
2020	-1,4	-32
2021	-11,6	-61,9
2022	-22	122
2023	-83	104

Составлено по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования [2].

Страховые взносы являются основным источником финансирования деятельности фонда, обеспечивая ему 86 % доходов (табл. 3). При этом доля страховых взносов за работающее население в их общем объеме преобладает и увеличивается. В 2021 г. она составляла 65 % от общей величины взносов, в 2022 г. – 66 %, а в 2023 уже 68 %, и это благоприятная тенденция. Темп прироста этого показателя по отношению к предыдущему году превысил 20 %. Подобный результат был обусловлен существенным ростом фонда оплаты труда в национальной экономике и пересмотром ряда положений законодательства о порядке уплаты страховых взносов.

По оценке Росстата, реальные зарплаты россиян в 2023 г. выросли на рекордные за пять лет 7,8 % благодаря расширению отечественной экономики за этот период на 3,6 %. Особое значение имеет интенсивный характер этого роста, в основе которого лежит использование внутренних резервов, а именно увеличение потребительского и инвестиционного спросов.

Параллельно с этим аналитики отмечают уменьшение уровня безработицы. По итогам 2023 года он стал самым низким за всю историю наблюдения – 3,2 %. Соответственно количество занятых стало максимальным с 2005 года – 74 млн чел.

Помимо увеличения облагаемой базы свою лепту в приток ресурсов в бюджет Федерального фонда внесли структурные изменения в фонде оплаты труда в пользу средне- и высокооплачиваемых работников. Лидерами по росту зарплат стали отрасли, связанные с импортозамещением: производство металлоизделий, компьютеров и транспортных средств. Не последнюю роль сыграло также увеличение минимального размера оплаты труда на 10 % [3].

Темп прироста страховых взносов за неработающее население был по итогам прошлого года более 10 %. Это обусловлено инновациями, внесенными в порядок их определения. При расчете их величина корректируется на коэффициент дифференциации и коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг. Методика определения последнего коэффициента была изменена: с 2023 года помимо показателя прогнозного индекса потребительских цен для него учитывается также темп роста начисленной заработной платы медицинских работников в предшествующем календарном году, который зачастую оказывается выше инфляции [4, с. 9].

В результате указанной инновации нагрузка на территориальные бюджеты возросла весьма существенно и приблизилась к отметке в 1 трлн руб. Тем не менее, правительство пошло на этот шаг, объясняя его необходимостью изыскания дополнительных финансовых ресурсов для выплаты зарплат работникам медорганизаций. Если бы тарифы на неработающее население продолжали корректировать с учетом только инфляции, игнорируя темпы роста оплаты труда в сфере здравоохранения, то возник бы большой разрыв между реальной потребностью в ресурсах на эти расходы и отчислениями страховых взносов за неработающих граждан региональных бюджетов.

Несмотря на некоторые преобразования, действующий механизм расчета страховых взносов на ОМС неработающего населения имеет серьезные недостатки. Актуарно обоснованные тарифы, адекватно отражающие реальные расходы на оказание медицинских услуг, ежегодно искусственно занижаются при помощи специальных понижающих коэффициентов. Основная причина – низкая бюджетная обеспеченность регионов страны. В итоге вынужденно уменьшаемый тариф страхового взноса не покрывает затраты на оказание медицинской помощи неработающему населению. Так, в 2021 г. при среднем тарифе страхового взноса на ОМС неработающего населения в 9927,3 руб. средние затраты на лечение пенсионеров составили 38 766,4 руб., на детей – 15 824,3 руб. [5]. При этом неработающая часть населения, пенсионеры и дети, являются наиболее активными потребителями дорогостоящей стационарной медпомощи. Их доля в общей численности населения по состоянию на 1 января 2023 г. приближалась к отметке 50 %.

Таблица 3. Структура доходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования (млрд руб.)

	2021	При-рост	2022	При-рост	2023	При-рост
Страховые взносы, в т. ч:	2316	9	2413	4	2821	17
Работающего населения	1533	10	1599	4	1923	20
Неработающего населения	783	5	814	4	898	10,4
Работающего населения в фиксированном размере	31	11	33	6	5	-75
Безвозмездные поступления, из них:	307	19	492	60	445	-10
Межбюджетные трансферты	294	19	474	62	429	-10
Доходы от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов	14	27	18	29	16	-12
Прочие	8	50	14	75	25	79
Доходы всего	2631	10	2919	11	3290	13

Составлено по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования [2].

В структуре межбюджетных трансфертов наблюдается существенное сокращение объема компенсации выпадающих доходов бюджета ФОМС по сравнению с 2022 годом на 46,5 млрд руб. (табл. 4). Рост этой части межбюджетных трансфертов в 2022 году более чем в 5,5 раз был обусловлен необходимостью реализации широкого спектра мер налоговой поддержки для ряда категорий налогоплательщиков в условиях ограничений пандемии коронавируса. И хотя этому направлению поддержки по-

прежнему уделяется особое внимание, правительство сочло возможным сокращение размера трансфера на эти цели в прошлом году.

В целях реализации национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение» в 2020–2023 годах делался акцент на расходы на лечение онкологических заболеваний и оказание высокотехнологичной медпомощи вне базовой программы ОМС, а также на финансирование выдачи родовых сертификатов. Объем ресурсов на лечение онкологии носит стабильный характер и составляет 140 млрд руб. третий год подряд. Расходы на нестраховые цели существенно выросли в 2023 году – на 7 %.

Таблица 4. Динамика межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования (млрд руб.)

Цель предоставления межбюджетного трансфера	2019	2020	2020/2019, %	2021	2021/2020, %	2022	2022/2021, %	2023	2023/2022, %
На оказание медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	70	120	171,4	140	116,7	140	0	140	0
Обеспечение нестраховых расходов (ВМП вне базовой программы ОМС и родовой сертификат)	0,0	114,8	–	117,6	102,4	121	10,3	130	107
Компенсация выпадающих доходов бюджета ФОМС	8, 98	1,92	21	35,5	1849	195,5	551	149	76
На финансовое обеспечение медицинской реабилитации	–	–	–	–	–	9,2	–	10	109
Прочие	–	11	–	–	–	8	–	–	–
Всего	78, 98	247,7	213,7	293,9	+19	474		429	

Составлено по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования [2].

Расходы ФОМС за последние 11 лет выросли в абсолютном выражении. Прирост показателя 2023 г. по отношению к 2013 г. составил 2137 млрд руб., по отношению к 2022 г. – 389 млрд руб.

При этом за весь исследуемый период наблюдается хроническое недофинансирование плановых назначений расходов фонда. В частности, за прошлый год недофинансирование составило 33 млрд руб.

Миллионы рублей неиспользованного остатка формируются по таким важным направлениям работы Федерального фонда, как премиальные выплаты за выявление онкологии в первичном звене, софинансирование зарплаты вновь нанятых врачей, изготовление полисов ОМС, повышение квалификации медперсонала и др. Таким обра-

зом, получается, что в условиях дефицитности ресурсного обеспечения отечественного здравоохранения в бюджете ФОМС ежегодно образуется огромный переходящий остаток неиспользованного резерва. Этот явный недостаток бюджетного планирования требует незамедлительного устранения, что будет способствовать повышению эффективности механизма финансового обеспечения охраны здоровья в нашей стране.

Наибольший удельный вес в структуре расходов занимают расходы на выполнение территориальных программ ОМС (табл. 5). В 2023 г. этот показатель составил 86 % от совокупной величины расходов, в 2022 г. – 88 %.

Обращает также на себя внимание несоответствие темпов прироста субвенции на реализацию территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) и темпов прироста фактической медицинской инфляции в стране [6].

Так, в среднем размер инфляции в сфере медуслуг за последние три года составляет 11,6 %, в то время как средний прирост субвенции существенно отстает от нее (ее показатель – 7,3 %). Недостаточность объема трансфера из ФОМС на финансирование деятельности территориальных учреждений здравоохранения является тем ключевым фактором, который обуславливает подавляющее большинство искажений и несоответствий во всей системе отечественного здравоохранения в целом. При этом Счетная палата России в ходе проведенного анализа эффективности финансирования отечественной системы здравоохранения указывала на тот факт, что ряд показателей, входящих в состав коэффициента дифференциации, имеет значения большие, чем фактические доли этих расходов у медицинских организаций [5].

Представляется, что данное превышение следует рассматривать не как недостаток, требующий устранения, а как некий запас финансовых средств для выравнивания объективно существующих различий и особенностей сферы здравоохранения в различных субъектах страны.

Таблица 5. Структура расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования (млрд руб.)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Расходы, всего	1 590	1 655	1989	2187	2369	2 570	2 797	3186
В том числе: выполнение территориальной программы ОМС	1459	1537	1871	2070	2241	2 277	2 461	2746
Средства ФГУ на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС	–	–	–	–	–	127	156	187
Расходы на высокотехнологичную медицинскую помощь не включенной в базовую программу ОМС	94	99	101	101	103	110	112,5	118
Родовые сертификаты	17	16	15	13,9	14	13	14	11,7
Прочие	20	3	2	2	11	43	53,5	120

Составлено по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования [2].

Существенным недостатком действующей системы является неточный учет по регионам разницы стоимости такой объемной статьи расходов, как лекарственное обеспечение. Как следствие, образуются неравенства в качестве оказания медпомощи в разных субъектах федерации, при этом пациенты из регионов с невысокой стоимостью медуслуг переезжают в регионы с высокой. Это в свою очередь вынуждает регионы, где были выданы полисы, оплачивать счета, выставленные медорганизациями регионов, где было проведено лечение. Медицинский туризм еще больше расшатывает дефицитное состояние бюджетов ТФОМС тех регионов, где стоимость медпомощи невелика [5].

Кроме того, ведущие эксперты обращают внимание, что тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения значительно ниже размера взносов, уплачиваемых за работающих граждан (более чем в 2 раза). Логика законодателя здесь понятна. Она заключается в нежелании обременять оплатой полновесного тарифа и без того напряженные региональные бюджеты. Тем не менее, представляется, что недостаточное финансирование обязательного медицинского страхования, имеющего целью сохранение и приумножение здоровья граждан, а следовательно, воспроизводство трудовых ресурсов – это приоритетная задача для любого социально ориентированного государства. Поэтому вполне обоснованным выглядит предложение экспертного сообщества переложить соответствующие расходные обязательства на федеральный бюджет. При этом нельзя допустить эффекта замещения, когда увеличение поступлений от страховых взносов сопровождается сокращением бюджетных трат на здравоохранение, что свойственно бюджетно-страховой модели ОМС [7].

Вторыми по величине расходами являются средства, выделяемые федеральным государственным медицинским учреждениям на оказание бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы. Это относительно новое направление, возникшее в 2021 г., позволило федеральным медицинским центрам получать субвенции напрямую от ФОМС, минуя страховые медицинские организации (СМО). Серьезные опасения сообщества специалистов вызывает тот факт, что в результате нововведения федеральные учреждения оказываются вне контроля страховщиков. В качестве ожидаемых положительных эффектов сторонники новшества называли повышение доступности специализированной медпомощи, в том числе высокотехнологичной, в лучших центрах для жителей всей страны, сокращение времени ожидания медицинской услуги, повышение эффективности использования возможностей федеральных центров в части применения современных технологий и кадрового потенциала.

Объемы финансирования территориальных программ госгарантий определяют качество и доступность системы здравоохранения на всей территории России. Однако анализ показывает, что большинство бюджетов территориальных фондов ОМС исполняются с дефицитом. Во многом такое положение объясняется особенностями бюджетного процесса, в соответствии с которым Программа госгарантий (ПГГ) принимается уже после утверждения федерального бюджета и федерального бюджета ОМС. Поэтому нормативы финансирования Программы формируются не на основании оценки реальных расходов на оказание медпомощи, а исходя из возможностей ее финансового обеспечения [8].

Соответственно этому распределяются средства на реализацию территориальных ПГГ. После этого, исходя из фактически полученных средств, комиссии по разработке территориальных программ каждого региона устанавливают тарифы на оказание медуслуг не с учетом реальной себестоимости и имеющихся стандартов, а подстраиваясь под выделенные финансовые ресурсы. Говоря проще, объем полученных средств

делится на число медорганизаций региона, затем на число застрахованных и прогнозируемый объем показанных им медицинских услуг.

В то же время непрозрачным остается механизм распределения комиссией объемов медпомощи по организациям территории. В теории при этом необходимо учитывать показатели эффективности деятельности лечебных учреждений. На практике же комиссии зачастую распределяют ее, исходя из необходимости сохранения и без того сокращающегося количества государственных медучреждений, особенно в труднодоступной сельской местности. Поэтому во многих регионах выявляются случаи, когда медпомощь распределяется в объеме, достаточном только для оплаты труда сотрудникам, и наблюдается явный недостаток коечного фонда и т. п.

Такие перекосы в планировании влекут за собой возникновение другого существенного недостатка действующей модели ОМС – последовательного ежегодного прироста как в абсолютном, так и в относительном выражении объема медицинской помощи, оказываемой сверх плана. Причина – недофинансированность и распределение ресурсов, исходя из уже установленного объема, а не из потребностей. Также ситуацию усложняет рост числа частных медорганизаций, вовлеченных в систему ОМС.

Другим последствием недостаточного финансового обеспечения требований законодательства об ОМС является рост кредиторской задолженности организаций здравоохранения. Недостаточно финансируются существенные расходы лечебных организаций на лекарственное обеспечение, питание, расходные материалы, услуги ЖКХ и т. д. При этом они обязаны соблюдать целевые ориентиры на увеличение размеров оплаты труда медицинских работников в соответствии с Указом Президента РФ № 597 от 07.05.2012. Статистические данные показывают, что темпы роста оплаты труда отдельных категорий медработников существенно опережают темпы роста государственного финансирования здравоохранения в эти же годы. В таких условиях медучреждения вынуждены выкраивать скучные ресурсы на выполнение майских указов Президента за счет сокращения расходов по другим статьям, что и объясняет тенденцию, показанную в таблице 6 [9, с. 93].

Таблица 6. Кредиторская задолженность медицинских организаций (млн руб.)

	2021	2022	9 месяцев 2023
Кредиторская задолженность медицинских организаций	13 225	15 392	25 643

Составлено по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования [2]

Помимо указанной выше причины на рост кредиторской задолженности также могут оказывать влияние:

- недостаточные объемы распределенной для медорганизации медицинской помощи, несоответствие их ее производственным мощностям;
- процесс оттока сельского населения в города, что ведет к сокращению контингента прикрепленных к медорганизациям лиц и снижению финансирования по подушевому нормативу;
- неоплата или неполная оплата «сверхплановых» объемов и/или стоимости оказанной медицинской помощи [10, с. 80].

Проведенный анализ внебюджетного ресурсного обеспечения отечественного здравоохранения подтверждает мнение большинства экспертов о его существенном недофинансировании, нарушении равновесия между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению.

Этот фундаментальный недостаток не может быть ликвидирован актуарным способом, так как повышение страхового тарифа сопряжено с усилением налоговой нагрузки на работодателей. Здесь требуется реализация целого комплекса мероприятий, связанных с поиском дополнительных источников финансирования медицинской отрасли. Приоритетными направлениями укрепления финансовой устойчивости системы ОМС являются следующие:

1. Повышение роли федерального бюджета в финансировании затрат на здравоохранение, передача под его ответственность расходов по выплате страховых взносов за неработающее население. Даже в сильно заниженном размере взносы за неработающих имеют непропорционально большой удельный вес в расходах региональных бюджетов, лишая их возможности реализации других инициатив в целях территориального развития.

Было бы целесообразно передать на федеральный уровень бюджетные обязательства по страховым взносам в отношении детей и пенсионеров. Важнейшими государственными задачами являются увеличение рождаемости и увеличение продолжительности жизни. Если первая определяет потенциал страны в целом, то вторая – качество жизни и место страны в мировом рейтинге. Поэтому передачу финансового обеспечения этих расходов на федеральный уровень следует рассматривать как инвестицию в будущее, в воспроизводство качественной рабочей силы. Что касается платежей за безработное население, их экономически целесообразно сохранить за региональными бюджетами, стимулируя тем самым территориальные органы власти к благоприятным структурным изменениям на рынке труда.

Помимо вышеперечисленного в пользу передачи на федеральный уровень страховых платежей за неработающих граждан говорит и существенное сокращение транзакционных издержек из-за оптимизации межбюджетных потоков денежных средств [11, с. 49].

Ввиду уменьшения взносов в региональных бюджетах может образоваться резерв бюджетных средств. Во избежание растраты этих ресурсов на текущее потребление представляется необходимым законодательное закрепление требования к их использованию только на цели развития медицинской отрасли субъекта федерации [12].

2. В качестве дополнительных источников могут выступить доходы медицинских организаций от предпринимательской деятельности, государственная грантовая поддержка и т. д. Однако действующий в настоящее время механизм привлечения внебюджетных ресурсов не соответствует запросам практики. Механизм должен содержать разрешающие меры по ведению предпринимательской деятельности, давать медучреждениям полную самостоятельность в использовании заработанных средств, законодательно гарантировать им сохранение плановых показателей распределенной территориальной комиссией медпомощи независимо от размера заработанных в отчетном году средств от предпринимательской деятельности [13, с. 59].

3. Следует разработать комплекс мер поддержки частных инвесторов для дальнейшего развития государственно-частного партнерства в отрасли, в том числе за счет предоставления налоговых льгот и имущественной поддержки. Целесообразно пересмотреть механизмы и форматы лицензирования негосударственных медицинских ор-

ганизаций в целях увеличения спектра медицинских услуг в соответствии с потребностями граждан [14].

4. Особого внимания требуют ситуация хронического недовыполнения планового финансирования по целому ряду направлений ОМС и большие размеры технического профицита бюджета ФОМС. Это объясняется как недостатками бюджетного процесса, так и целым рядом неверных настроек системы ОМС. Представляется, что устранение выявленных недостатков в планировании и освоении этих ресурсов не только будет способствовать реалистичному бюджетному планированию, но и повысит полезную эффективность финансирования расходов, что обеспечит развитие здравоохранения в стране.

Таким образом, основной причиной некоторых негативных явлений в механизме финансового обеспечения системы ОМС является ее недостаточное финансирование. Вместе с тем, следует отметить, что сложившийся механизм финансовых взаимоотношений звеньев системы в целом обеспечивает стабильность и отсутствие системных сбоев в реализуемых практиках оплаты.

Литература

1. Соболева, Е. А. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России / Е. А. Соболева // Финансы: теория и практика. 2021. Т. 25, № 3. – С. 127.
2. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: официальный сайт. – Москва – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: <https://www.ffoms.gov.ru/> (дата обращения: 01.07.2024).
3. Реальные зарплаты в 2023 году выросли максимально за пять лет. – Режим доступа: <https://www.rbc.ru/economics/28/02/2024/65df594c9a79473672e5b5d0> (дата обращения: 01.07.2024).
4. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2023 году. – Режим доступа: <https://www.ffoms.gov.ru/upload/docs/2024/ОтЧЕТ %202023 %20на %205.04.2024.pdf> (дата обращения: 05.07.2024).
5. Отчет о результатах экспертизно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. 30 марта 2021 года // Счетная палата РФ. – Режим доступа: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vpn04vyii4ppk4fxcr.pdf> (дата обращения: 30.06.2024).
6. Рассохин А. Медуслуги сверились с инфляцией. – Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/5652306> (дата обращения: 30.06.2024).
7. Шиштин, С. В. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития / С. В. Шиштин, И. М. Шейман, Е. Г. Потапчик, О. Ф. Понкратова. – М., 2019.
8. Киселева А., Мухаметшина Е., Мозолевская Т. Счетная палата выявила нарушений в здравоохранении на 160 млрд рублей. – Режим доступа: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2024/03/07/1024126-schetnaya-palata-viyavila-narushenii-v-zdravoohranenii-na-160-mlrd-rublei> (дата обращения: 30.06.2024).
9. Шиштин, С. В. Территориальная дифференциация тарифов на оплату стационарной медицинской помощи в ОМС / С. В. Шиштин, О. Ф. Понкратова // Вопросы государственного и муниципального управления. 2021. № 1. – С. 75.
10. Кадыров, Ф. Н. Вопросы оплаты медицинской помощи, оказанной сверх установленных объемов предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. 2019. № 3. – С. 59.

11. Соболева, Е. А. О перераспределении полномочий по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения / Е. А. Соболева // Beneficium. 2020. № 4 (37). – С. 40–54.
12. Панов А. Взносы в ОМС за пенсионеров и детей переложить из регионов на федеральный бюджет? – Режим доступа: <https://dzen.ru/a/YAalSR9DXILUnODA> (дата обращения: 30.06.2024).
13. Бескровный, П. В. Механизм финансового обеспечения деятельности государственных учреждений в условиях проводимой бюджетной реформы / П. В. Бескровный // Финансовая аналитика: проблемы и решения. 2014. № 31. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizm-finansovogo-obespecheniya-deyatelnosti-gosudarstvennyh-uchrezhdeniy-v-usloviyah-provodimoy-byudzhetnoy-reformy> (дата обращения: 16.07.2024).
14. Роль негосударственных медицинских организаций в обеспечении доступности и качества медицинской помощи // Аналитический вестник № 19 (779). – Режим доступа: <http://council.gov.ru/media/files/AEoVYtFccndoDpiQs1PqxII1zMEaXvsw.pdf> (дата обращения: 05.07.2024).

Поступила в редакцию 18 июля 2024 г.
Принята 24 августа 2024 г.

UDC 369.06

DOI: 10.21779/2500-1930-2024-39-4-18-28

The Mechanism of Financing Compulsory Medical Insurance in Russia and its Modernization Trends

M. A. Filina¹, S. A. Orudjeva²

¹ Dagestan State University; Russia, 367000, Makhachkala, M. Gadzhiev st., 43a;
oleg-filin@yandex.ru;

² A. V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery; Russia, 117997, Moscow, Bolshaya Serpukhovskaya st., 27; osaida@rambler.ru

Abstract. The authors of the article emphasize that in conditions of single-channel financing, the budget of the Compulsory Medical Insurance Fund is the main source of health care resources. The peculiarities of its functioning largely determine the design, current trends and problems of the medical industry as a whole. The article is devoted to the study of the financial stability of the compulsory health insurance system in our country. The assessment of the execution of the planned assignments for the revenues and expenditures of the Compulsory Medical Insurance Fund budget is given; the degree and causes of its imbalance are analyzed; the structure of income and expenses is investigated, and the correspondence of accumulated income to insurance indemnity payments is investigated. As a result of the conducted research, the conclusion is made about the insufficient resource provision of the current model of healthcare financing. At the same time, it is noted that the established mechanism of financial relationships between the links of the system as a whole ensures its stability and the absence of systemic failures.

Keywords: the budget of compulsory medical insurance, inter-budgetary transfer, subvention for the implementation of the territorial program of compulsory medical insurance, insurance premiums for the unemployed population, accounts payable of health care organizations.

Received 18 July, 2024
Accepted 24 August, 2024