

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2022-1-461-479

СТРУКТУРА И РАЗМЕР РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В ПЕРИОД ДО ПАНДЕМИИ COVID-19

В.И.Перхов¹, В.Т. Корхмазов², Е.В.Песенникова³, А.А. Третьяков⁴

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

²ГБУЗ «Городская больница № 1 города Новороссийска» Министерства Здравоохранения Краснодарского края, г. Новороссийск

³ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

⁴Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, г. Москва

В условиях пандемии COVID-19, а также в постпандемический период, важно обеспечить наиболее рациональное финансирование деятельности по оказанию медицинской помощи. Это требует разработки новых организационных стратегий, основанных на знаниях о сложившейся структуре и тенденциях размера затрат на медицинскую помощь.

Цель – анализ структуры и размера удельных (на единицу объема) расходов на медицинскую помощь в медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, за период с 2011 по 2019 гг.

Методика и источники информации. Сведения о расходах на медицинскую помощь извлечены из девяти сводных по России отчетов по форме № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Использованы методы контент-анализа, описательной статистики, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных авторов, размещенные в сети Интернет.

Результаты. Удельный вес расходов из всех источников на оплату труда медицинского персонала составлял в среднем за 9 лет 65% от суммарных расходов на оказание видов медицинской помощи, что существенно выше, чем в экономически благополучных странах. Удельный вес расходов на медикаменты увеличился с 13,3% до 14,7%. По всем видам медицинской помощи, за исключением скорой, удельный вес государственных расходов на оплату труда и на приобретение медикаментов, выше, чем негосударственных, что свидетельствует о перекладывании части наиболее существенных затрат, возникающих при оказании медицинской помощи за плату, на государственную казну. В наибольшей степени возросли затраты на оказание медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС – в среднем в 4,5 раза. Затраты на медицинскую помощь в расчете на единицу её объема, оказываемую за счет средств бюджетов, в среднем возросли в 2,5 раза. Суммарный рост фактических затрат на единицу объема медицинской помощи, оказался в среднем в 3 раза выше, чем инфляция за этот же период, отражающая стоимость денег.

Выводы. Целесообразно дополнить процедуры оценки качества медицинской помощи (страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС) экспертизой на предмет избыточности назначения больному тех или иных медицинских услуг, а также вернуть Росздравнадзору функцию по оценке медицинских технологий. Необходимы новые

платежные стратегии, направленные на переход от платы за медицинские услуги и отдельные случаи оказания медицинской помощи к укрупненным платежам с учётом всех этапов оказания медицинской помощи – от поликлиники до медицинской реабилитации.

Ключевые слова: расходы на здравоохранение, структура расходов на медицинскую помощь, программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

STRUCTURE AND THE SIZE OF EXPENSES ON MEDICAL CARE DURING THE PERIOD TO COVID-19 PANDEMIC

V.I. Perkhov¹, V.T. Korkhmazov², E.V. Pesennikova³, A. A. Tret'yakov⁴

¹Federal State Budgetary Institution Central Research and Development Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health, Moscow

²State-funded health institution «City Hospital No. 1 of the City of Novorossiysk» of the Ministry of Health of Krasnodar Krai, Novorossiysk, 353915, Russia

³FGAOU WO the First MG MU of I.M. Sechenov of the Russian Ministry of Health (the Sechenovsky University), Moscow

⁴Medical scientific and educational center of Moscow state University named after M. V. Lomonosov, Moscow

In the conditions of COVID-19 pandemic and during the post-pandemic period, it is important to provide the most rational financing of activities for delivery of health care. It demands development of the new organizational strategy based on knowledge of the developed structure and trends of the size of costs of medical care.

The purpose – the analysis of structure and the size specific (per unit of volume) expenses on medical care in the medical organizations working in the system of obligatory medical insurance from 2011 for 2019.

Technique and sources of information. Data on expenses on medical care are taken from nine summary reports on form No. 62 "Data on implementation of the Program of the state guarantees of rendering to citizens of the Russian Federation of free medical care" across Russia. The methods of the content analysis, descriptive statistics, information and analytical materials of the Russian and foreign authors placed on the Internet are used.

Results. Specific weight of expenses from all sources on compensation of medical personnel averaged 65% of total costs for rendering types of medical care in 9 years that is significantly higher, than in economically safe countries. Specific weight of expenses on medicines increased from 13.3% to 14.7%. By all types of medical care, except for the ambulance, the specific weight of the public expenditures on compensation and on acquisition of medicines, above, than non-state that demonstrates rearrangement of a part of the most essential expenses arising at delivery of health care for a payment for the state treasury. Most increased the costs of delivery of health care rendered at the expense of means of compulsory health insurance – on average by 4.5 times. Costs of medical care per unit of its volume provided at the expense of means of budgets on average increased by 2.5 times. Total growth of the actual costs of unit of volume of medical care, was on average 3 times higher, than the inflation for the same period reflecting the cost of money.

Conclusions. It is expedient to add assessment procedures of quality of medical care (medical insurance companies and the compulsory health insurances territorial funds) with examination regarding redundancy of appointment to the patient of these or those medical services and also to

return to Roszdravnadzor function according to medical technologies. The new payment strategy directed to transition from a payment for medical services and separate cases of delivery of health care to the integrated payments taking into account all stages of delivery of health care – from polyclinic before medical rehabilitation are necessary.

Keywords: expenses on health care, costs breakdown on medical care, program of the state guarantees of free rendering medical care to citizens

Введение. Вопросы эффективности механизмов финансирования системы здравоохранения остаются актуальными для многих стран, в том числе и для России. При этом финансовое обеспечение здравоохранения за счет государственных источников остается недостаточным, что не позволяет оптимизировать структуру затрат по видам медицинской помощи и сбалансировать её по наиболее значимым статьям затрат [1,2]. В условиях пандемии COVID-19 и в постпандемический период для государства также важно не только определиться с пределами и формами своего участия в работе врачей, но обеспечить наиболее рациональное финансирование деятельности по оказанию медицинской помощи [3]. Это требует разработки новых платежных стратегий, основанных на знаниях о сложившейся структуре и размере расходов на медицинскую помощь.

Цель – анализ структуры и размера удельных (на единицу объема) расходов на медицинскую помощь в медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, в динамике за период с 2011 по 2019 гг.

Методика и источники информации. Сведения о расходах на медицинскую помощь извлечены из сводного по России отчета по форме № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (с 2014 года – «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»), утвержденной приказами Росстата от 29 июля 2009 г. № 154, от 15 мая 2014 г. № 308, от 30.12.2015 № 672, от 02.11.2018 № 658, от 29 сентября 2017 г. № 646, от 24 августа 2016 г. № 445, от 26 ноября 2019 г. № 701.

Проанализированы данные по 23 статьям расходов, которые разделены на две группы – прямые (изменяющиеся в зависимости от объема оказываемой медицинской помощи) и непрямые (не зависящие от объема медицинской помощи) расходы. К прямым расходам отнесены - заработная плата, начисления на выплаты по оплате труда, медикаменты и перевязочные средства, медицинский инструментарий, медицинское оборудование, мягкий инвентарь, продукты питания, реактивы для лабораторий, лабораторные исследования. К

непрямым расходам отнесены - арендная плата за пользование имуществом, горюче-смазочные материалы, коммунальные услуги, прочие выплаты, работы и услуги, прочие расходы, приобретение прочих материальных запасов, прочих основных средств, работы, услуги по содержанию имущества, социальное обеспечение, страхование, транспортные услуги, увеличение стоимости нематериальных активов, услуги связи. Для оценки реального роста стоимости медицинской помощи использован метод корректировки инфляции в виде отношения денежного временного ряда, отражающего фактические расходы на единицу объема медицинской помощи, на размер инфляции для деятельности в области здравоохранения и социальных услуг. Используются также методы контент-анализа, описательной статистики, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных авторов, размещенные в сети Интернет.

Результаты. При оказании всех видов медицинской помощи расходы на заработную плату и медикаменты традиционно являются наиболее значимыми [4,5], что также подтверждается результатами нашего исследования.

За период 2011-2019 гг. в среднем по всем видам медицинской помощи удельный вес расходов из всех источников на оплату труда, включая начисления на фонд оплаты труда и социальное обеспечение, существенно не изменился, составляя в 2011 году 64,7%, в 2019 году – 65,5% от суммарных расходов на оказание видов медицинской помощи, что можно считать особенностью системы финансирования здравоохранения в России.

В таблице 1 представлена доля расходов на зарплату сотрудников медицинских организаций от текущих расходов на здравоохранение в отдельных странах мира в динамике за 2011-2018 гг.

Таблица 1

Доля расходов на зарплату сотрудников медицинских организаций от текущих расходов на здравоохранение в отдельных странах мира в динамике за 2011-2018 гг.

Страна\ год	2011	2013	2015	2016	2017	2018
Таджикистан	81,0%	83,2%	81,0%	87,1%	83,7%	84,7%
Россия	61,3%	64,5%	63,4%	62,1%	64,6%	66,6%
Молдова	55,7%	52,7%	49,9%	56,5%	54,9%	54,7%
Беларусь	41,0%	50,4%	47,1%	39,5%	43,8%	45,0%
Израиль	44,8%	45,9%	46,2%	46,1%	45,1%	44,4%
Латвия	56,2%	56,4%	36,1%	37,5%	38,9%	38,4%
Эстония	35,8%	36,3%	36,8%	37,2%	37,7%	37,4%
Италия	32,6%	32,3%	31,2%	30,7%	30,4%	30,6%

Источник: <https://stats.oecd.org/#>

Из данных таблицы следует, что в российской системе здравоохранения на протяжении последних лет доля расходов на зарплату сотрудников медицинских организаций существенно выше, чем в таких странах, как Беларусь, Израиль, Латвия, Эстония, Италия.

В России наиболее высокий удельный вес расходована оплату труда имеет место при оказании скорой медицинской помощи, в среднем за 9 лет - 75,4%, наиболее низкий - при организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара – 52,0%. В динамике за 9 лет наиболее существенно изменилась доля рассматриваемого направления расходов при оказании медицинской помощи условиях дневного стационара (снизилась на 11 процентных пунктов) и в условиях круглосуточного стационара (повысилась на 7 процентных пунктов) – рис. 1.

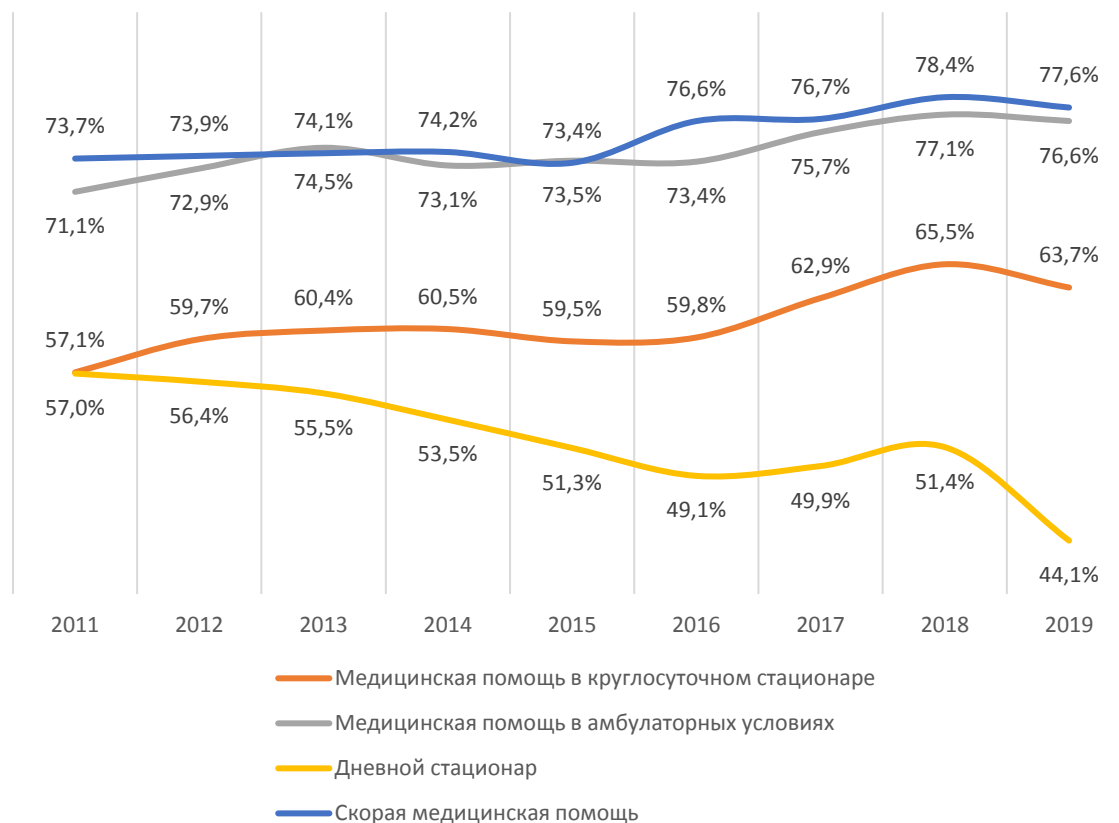


Рисунок 1. Динамика доли расходов из всех источников по видам медицинской помощи на оплату труда, включая начисления на фонд оплаты труда и социальное обеспечение

Удельный вес расходов на медикаменты за 9 лет в среднем по видам медицинской помощи увеличился с 13,3% до 14,7%. При этом наиболее существенно изменилась доля

расходов на медикаменты при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (увеличилась на 13 процентных пунктов) и в амбулаторных условиях (снизилась на 7 процентных пунктов) – рис.2.

Анализ структуры расходов по видам медицинской помощи и источникам финансирования показал, что при оказании разных видов медицинской помощи удельный вес размера затрат по направлениям расходования средств зависит от типа источника финансирования, которые мы объединили в государственные (федеральный и региональные бюджеты и средства ОМС) и негосударственные (платные услуги, средства добровольного медицинского страхования) – таблица 2

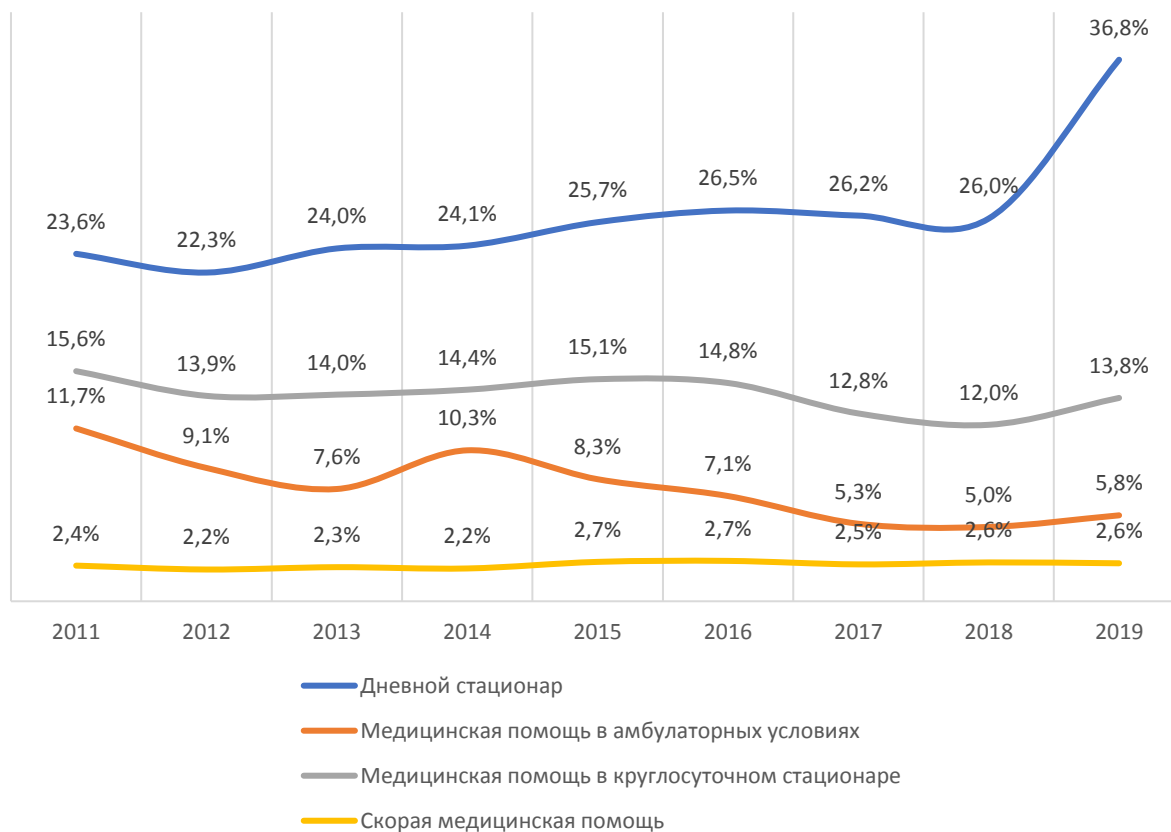


Рисунок 2. Динамика размера доли расходов из всех источников по видам медицинской помощи на медикаменты

Таблица 2

Структура расходов по видам медицинской помощи и источникам финансирования, 2019 г.

Направления расходов, источник финансирования, виды медицинской помощи	Медицинская помощь в круглосуточных стационарах		Медицинская помощь в амбулаторных условиях		Дневной стационар		Скорая медицинская помощь	
	государственный	негосударственный	государственный	негосударственный	государственный	негосударственный	государственный	негосударственный
Оплата труда включая начисления на фонд оплаты труда и социальное обеспечение	64,1%	54,3%	78,8%	60,9%	44,2%	47,6%	77,7%	39,9%
Приобретение медикаментов и перевязочных средств	13,9%	9,6%	5,7%	7,7%	37,2%	19,9%	2,6%	19,7%
Приобретение медицинского инструментария, реактивов, мягкого инвентаря	3,3%	2,6%	2,8%	2,6%	2,6%	4,1%	0,6%	2,3%
Приобретение медицинского оборудования и прочих основных средств	1,4%	7,6%	1,4%	5,1%	0,8%	5,5%	2,0%	5,4%
Приобретение продуктов питания	2,2%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Приобретение прочих материальных запасов	4,6%	4,6%	1,8%	4,4%	3,7%	4,8%	1,0%	9,7%
Прочие расходы	4,6%	11,1%	4,0%	12,4%	5,6%	12,5%	7,1%	15,5%
Расходы на коммунальные и транспортные услуги, на содержание имущества и связь	5,7%	8,2%	5,5%	6,8%	5,9%	5,4%	9,0%	7,5%
Общий итог	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Наиболее существенные структурные различия по направлениям расходов в зависимости от источника финансирования имеют место при приобретении медикаментов и перевязочных средств при оказании скорой медицинской помощи (в 7 раз). При приобретении медицинского оборудования и прочих основных средств наиболее существенны различия при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (в 6,5 раз), в условиях круглосуточного стационара (в 5,3 раза), в амбулаторных условиях (в 3,6 раза). По направлению расходов «Оплата труда» двукратные структурные различия имеют место при оказании скорой медицинской помощи.

Выраженные в денежной форме затраты в расчете на единицу измерения объема медицинской помощи называют «удельными затратами», которые позволяют достаточно полно оценить затратную сторону деятельности любой медицинской организации. Динамика фактических затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по Программе государственных гарантий, за период с 2011 по 2019 гг. представлена в таблице 3.

Таблица 3

Динамика фактических затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по Программе государственных гарантий, тыс.рублей, 2011-2019 гг.

Показатель\отчетный год	2011	2013	2015	2017	2019
Расходы (тыс. рублей) на:					
1 случай лечения в дневном стационаре за счет средств бюджета	8,6	9,7	12,7	16,0	21,6
1 случай лечения в дневном стационаре за счет средств ОМС	3,5	4,9	9,1	12,1	19,3
1 случай обращения в поликлинику за счет средств бюджета	0,4	0,9	1,2	1,3	1,5
1 случай обращения в поликлинику за счет средств ОМС	0,2	0,7	1,0	1,1	1,4
1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств бюджета	1,6	2,2	4,5	2,8	3,0
1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС	1,1	1,8	2,2	2,5	3,0
1 случай госпитализации за счет консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации	47,5	56,0	78,1	76,1	92,3
1 случай госпитализации за счет средств ОМС	13,3	18,5	26,2	28,4	36,9

За рассматриваемый период в наибольшей степени возросли удельные затраты на оказание медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС – в среднем в 4,5 раза,

особенно существенно при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (в 7 раз) и в условиях дневного стационара (в 5,5 раз). Затраты на медицинскую помощь в расчете на единицу её объёма, оказываемую за счет средств бюджетов, в среднем возросли в 2,5 раза

В период с 2011 по 2019 года суммарный рост фактических затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по Программе государственных гарантий, оказался существенно выше, чем суммарная инфляция за этот же период, отражающая стоимость денег, и составившая за рассматриваемый период времени для деятельности в области здравоохранения и социальных услуг по данным Росстата 78,0% [6].

В расчете на единицу объема медицинской помощи, в России за 9 лет средние фактические расходы на 1 случай оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с поправкой на инфляцию увеличились с 16,9 тыс. рублей в 2011 году до 40,4 тыс. рублей в 2019 году, или на 340% за 9 лет. При этом за счет средств консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации расходы увеличились почти на 300% (с 47,5 до 92,3 тыс. рублей), за счет средств обязательного медицинского страхования – на 380% (с 13,3 до 36,9 тыс. рублей). Рост фактических затрат на единицу объема медицинской, оказываемой за счет средств бюджета в условиях дневного стационара оказался выше роста стоимости денег в 2,5 раза, а за счет ОМС – в 5 раз, в амбулаторно-поликлинических условиях, оказываемой за счет бюджетных средств выше в 4 раза, а за счет ОМС – в 6 раз, скорой медицинской помощи, оказываемой за счет средств бюджета в 1,8 раза, а за счет ОМС – в 2,6 раза, в условиях круглосуточного стационара - в 2 раза, а за счет ОМС – в 2,6 раза.

В таблице 4 представлена структура прямых и непрямых расходов на оказание видов медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в оказании медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования.

Анализ расходов, сгруппированных на прямые и косвенные показал, что в 2019 году в среднем по видам медицинской помощи косвенные расходы составляют 16,8%, меньше всего – при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (14,8%).

Таблица 4

Структура прямых и непрямых расходов на оказание видов медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в оказании медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования

Тип расходов	Медицинская помощь в круглосуточном стационаре		Медицинская помощь в амбулаторных условиях		Дневной стационар		Скорая медицинская помощь	
	млрд.ру б.	доля	млрд.ру б.	доля	млрд.ру б.	доля	млрд.ру б.	доля
Непрямые	220,1	16,9%	143,3	14,8%	31,9	16,1%	30,5	19,2%
Прямые	1 084,3	83,1%	824,0	85,2%	166,4	83,9%	128,6	80,8%
Общий итог	1 304,4	100,0 %	967,3	100,0 %	198,2	100,0 %	159,0	100,0 %

Обсуждение. В период пандемии COVID-19, сроки завершения которой в настоящее время (по состоянию на февраль 2022 года) пока еще не известны, важное значение приобретает устойчивость системы здравоохранения, как финансовая, так и организационная, обеспечение которой является важнейшей государственной задачей. При этом важнейшим фактором устойчивости систем является эффективность расходования ресурсов и доступность медицинских услуг [7,8,9].

Большинство стран ориентированы на предоставление каждому гражданину или резиденту доступа к конкретному набору медицинских услуг [10]. При этом самой распространенной формой общественного здравоохранения в мире считается выборочное медицинское обслуживание, а пакет предоставляемых услуг различается между странами в зависимости от их экономических возможностей [11].

В России отсутствует выборочное медицинское обслуживание - всем гражданам государством гарантируется бесплатная медицинская помощь при любом состоянии и заболевании. При этом участвующие в реализации программ обязательного медицинского страхования медицинские организации оказывают населению как платные, так и «бесплатные» медицинские услуги.

В этой связи представляют интерес полученные нами данные о структуре основных направлений расходов (на оплату труда и медикаменты) по видам медицинской помощи. По всем видам медицинской помощи, за исключением скорой медицинской помощи, удельный вес государственных расходов на оплату труда и на приобретение медикаментов и перевязочных средств, выше, чем негосударственных. Выявленный нами более высокий удельный вес государственных расходов на оплату труда и приобретение медикаментов, в сравнении с негосударственными при оказании одного и того же вида медицинской помощи, свидетельствует о перекладывании на государственную казну финансирования части затрат, возникающих при оказании медицинскими организациями, участвующими в программах ОМС, платных медицинских услуг.

Понимание структуры затрат на оказание медицинской помощи может определять политику в области здравоохранения. В российской системе здравоохранения на протяжении последних лет доля расходов на зарплату сотрудников медицинских организаций в среднем составляет 63,7%, что ниже, чем, например, в Таджикистане, но существенно (в 2 раза) выше, чем в Италии. При этом стоит отметить, что в наиболее экономически благополучных странах, в отличие от России, доля расходов на зарплату имеет тенденцию к снижению. Доминирующие в структуре затрат расходы на оплату труда могут являться причиной вынужденного участия населения в компенсации расходов на медикаменты и изделия медицинского назначения [12].

Наше исследование также показало, что стоимость медицинской помощи растет несравненно более высокими темпами, чем снижается стоимость денег и, соответственно, увеличивается стоимость ресурсов. Одна из возможных причин этих диспропорций – рост стоимости медицинских технологий и, соответственно, расходов на единицу объема медицинской помощи. За рассматриваемый период в наибольшей степени возросли фактические удельные затраты на оказание медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, что может также свидетельствовать о более высоких издержках в страховой системе финансирования по сравнению с бюджетной. Стоит также учитывать, что большинство диагностических и терапевтических медицинских услуг назначают и выполняют врачи, но у врачей, практикующих в условиях ОМС, нет стимулов по сдерживанию затрат на медицинское обслуживание.

Стоит также подчеркнуть, что распространённый в настоящее время вариант оплаты наиболее дорогой, стационарной медицинской помощи по DRG (в России - КСГ, КПП) требует

достаточно серьезной «системы управленческого контроля», без которой применение метода «приводит к таким отрицательным последствиям, как перераспределение больных по более «доходным» категориям (даже в США с относительно развитой системой контроля) и без которой целесообразность введения подобных систем весьма сомнительна [13]. Метод оплаты по КСГ простимулировал больницы не к более рациональному расходованию средств, а к «снятию сливок». При госпитализации больницы стали отдавать предпочтение пациентам, заведомо не требующим применения дорогостоящего обследования и лечения, манипулируя диагнозами в пользу более «дорогих» КСГ. Внедрение КСГ (DRG) также привело к тому, что медики проиграли экономистам «межпрофессиональный конкурс» и их роль, традиционно ограниченная вторичными обязательствами бюджетных платежей и контроля, стала доминировать над ролью медицинских профессионалов [14]. Таким образом, внедрение КСГ – это не реформа системы оплаты, а искусственный организаторский приём, имеющий больше негативных, чем позитивных последствий [15,16,17,18,19,20,21].

Вместо стандартизации и унификации требований к медицинским и социальным результатам медицинской деятельности, отрасль столкнулась с крупномасштабной и дорогостоящей попыткой стандартизации процесса оказания медицинской помощи, которая принесла мало пользы медицинским организациям, но оказалась выгодна страховщикам [22]. Страховые медицинские организации применяют штрафные санкции в случае невыполнения врачами стандартов медицинской помощи, которые содержат усредненные данные частоты назначения процедур и медикаментов в виде коэффициентов частоты на 100 случаев оказания медицинской помощи. При этом не все медицинские услуги и медикаменты, содержащиеся в стандарте, могут быть нужны больному в конкретной клинической ситуации. Неопределенность предмета оплаты и ценообразования, невозможность копирования стандартов в отношении конкретных больных, приводит к порочной практике их применения.

Расчетная стоимость «стандартизированной» медицинской помощи существенно превышает фактические расходы медицинских организаций, а также размер тарифа обязательного медицинского страхования. В диссертационной работе Елисеевой М.Е. (2017) представлены данные о рассчитанной по стандарту стоимости случая оказания стационарной медицинской помощи взрослым пациентам с подагрой, которая превышает фактические расходы в учреждениях Москвы в 8,8 раза [23]. Согласно данным, содержащимся в диссертационной работе Стебуновой Р.В. (2017) расчетная стоимость случая оказания медицинской помощи при стенокардии по стандарту оказалась выше «полного» тарифа

обязательного медицинского страхования в 9,8 раз [24]. Все это создает благоприятные условия для избыточного использования ресурсов. Например, в США ежегодно на ненужные или неправильно назначенные лекарства и медицинские процедуры тратится около 210 млрд долларов [25].

Отдельной проблемой является оценка медицинских технологий на предмет безопасности и медицинской эффективности. В Европе и США уже давно существуют специализированные центры по оценке медицинских технологий, деятельность которых способствуют обеспечению качества медицинской помощи [26]. В России государственным органом, наделенным полномочиями по оценке медицинских технологий и выдачей разрешения на их применение, являлась Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор). В 2009 году эта функция Росздравнадзора была упразднена.

Выполненный нами анализ расходов, сгруппированных на прямые и непрямые, показал, что в среднем при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара непрямые расходы составляют 16,9%. Эта информация приобретает особо важное значение при разработке планов по обеспечению устойчивости системы здравоохранения в чрезвычайных ситуациях [27], когда требуется рассчитать расходы на содержание резервных коечных мощностей, не задействованных в оказании медицинской помощи в мирное время или при благополучной эпидемиологической ситуации.

Выводы, предложения.

Для формирования эффективного механизма финансового обеспечения здравоохранения России необходимо введение в научную и практическую деятельность четко определенных понятий, характеризующих медицинские услуги, медицинскую помощь, источники их финансирования и результаты работы медицинских организаций.

Целесообразно дополнить процедуры оценки качества медицинской помощи (страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС) экспертизой на предмет избыточности назначения больному тех или иных медицинских услуг, а также вернуть Росздравнадзору функцию по оценке медицинских технологий.

Требуют решения задачи учета расходов при оказании медицинской помощи по источникам поступления средств, а также задачи по разработке новых платежных стратегий, направленных на переход от платы за медицинские услуги и отдельные случаи оказания

медицинской помощи к укрупненным платежам с учётом рисков, результатов и всех этапов оказания медицинской помощи – от поликлиники до медицинской реабилитации.

Список литературы

1. Флек В. О., Кузенко П. И. Основные проблемы финансового обеспечения медицинской помощи населению в России и пути их решения //Менеджер здравоохранения.2011;11: 30-38
2. Ясаева З. А. Проблемы финансирования здравоохранения РФ //Экономика и бизнес: теория и практика. 2019; 12 (3): 63-166.
3. Перхов В.И., Гриднев О.В. Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения. Электронный научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». 2020; (2). DOI 10.24411/2312-2935-2020-00043
4. Бойков В. и др. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства //Вопросы экономики. 1998; 10: 1-25.
5. Перхов В. И. и др. Динамика объемов и структура расходов учреждений здравоохранения при оказании бесплатной медицинской помощи //Менеджер здравоохранения. 2010; 5: 30-37.
6. Федеральная служба государственной статистики. Официальный сайт. Национальные счета. <https://rosstat.gov.ru/accounts?print=1>
7. Омеляновский В. В., Максимова Л. В., Татаринев А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения. Финансовый журнал. 2014. - № 3. – С.22-34
8. Файберг Т. В., Щербакова И. Н. Финансирование медицинской помощи в России: источники и проблемы их оценки //Baikal Research Journal. 2021; 12 (1): С. 7-14
9. Перхов В.И., Куделина О.В., Третьяков А.А. Оценка эффективности здравоохранения в субъектах Российской Федерации с использованием методологии Bloomberg //Менеджер здравоохранения. 2019; 8: 6-13
10. Дайхес А.Н., Федяев Д.В. Обзор российских и зарубежных подходов к формированию государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2017; 3: 59-65

11. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*. 2004; 94 (11): 1864-74.
12. Чубарова Т. В. Обеспечение населения медицинскими услугами: экономические проблемы //Проблемы прогнозирования. 2008; 6: 98-110.
13. Салтман Р.Б., Буссе Р., Моссиалос Э. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран: пер. с англ. М.: Весь Мир, 2002. 272 с.
14. Kurunmäki L. A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society* [Internet]. Elsevier BV; 2004 Apr; 29(3-4):327–47. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0361-3682\(02\)00069-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0361-3682(02)00069-7)
15. Or Z. Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments //Health policy. 2014; 117 (2): 146-150.
16. Rogers W. H. et al. Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system: a summary of effects //Jama. 1990; 264 (15): 1989-1994.
17. Gay E. G., Kronenfeld J. J. Regulation, retrenchment—The DRG experience: Problems from changing reimbursement practice //Social Science & Medicine. 1990; 31 (10); 1103-1118.
18. Finkler S. A. DRG problems and potential //Journal of health and human resources administration. 1985; 4: 35-52.
19. Riessen R. et al. Reimbursement of intensive care services in the German DRG system: Current problems and possible solutions //Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2017; 113 (1): 13-23.
20. Schmidt M. Introduction of the DRG system in Germany: problems and perspectives from the point of view of the German Hospital Federation //Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. 2002; 96 (8): 521-526.
21. Перхов В.И. От мульти- к моноплательщику в российской системе обязательного медицинского страхования //Менеджер здравоохранения. 2021; 5; 4-11
22. Перхов В.И., Горин С.Г. История со стандартами медицинской помощи //Менеджер здравоохранения. 2016; 10: 30-35
23. Елисеева М.Е. Подагра у пожилых пациентов. Коморбидность и клинико-экономический анализ: дис. ...канд. мед. наук: 14.01.04, 14.02.03/ Елисеева Мария Евгеньевна. – М., 2017. 133 С.

24. Стебунова Р.В. Оптимизация управления стационарной медицинской помощью с использованием нозологического подхода: дис. ...канд. мед. наук: 14.02.03/ Стебунова Рената Вячеславовна. М., 2017. 232 С.

25. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. The price of excess: Identifying waste in healthcare spending //Health Research Institute. Retrieved August. 2008; 11: 2014.

26. Перхов В.И. Солодкий В.А., Самородская И.В. Международный опыт отбора новых и дорогостоящих медицинских технологий для их последующего финансирования из общественных ресурсов// Здравоохранение Российской Федерации. 2008; 6; 22-27.

27. Перхов В.И., Песенникова Е.В. Об обеспечении устойчивости функционирования здравоохранения в чрезвычайных ситуациях //Менеджер здравоохранения. 2021; 4: 4-12

References

1. Flek V. O., Kuzenko P. I. Osnovnye problemy finansovogo obespecheniya medicinskoj pomoshchi naseleniyu v Rossii i puti ih resheniya //Menedzher zdravoohraneniya.2011;11: 30-38. (In Russian).

2. YAsaeva Z. A. Problemy finansirovaniya zdravoohraneniya RF //Ekonomika i biznes: teoriya i praktika. 2019; 12 (3): 63-166. (In Russian).

3. Perhov V.I., Gridnev O.V. Uroki pandemii COVID-19 dlya politiki v sfere obshchestvennogo zdravoohraneniya. Elektronnyj nauchno-prakticheskij recenziruemyj zhurnal «Sovremennye problemy zdravoohraneniya i medicinskoj statistiki». 2020; (2). DOI 10.24411/2312-2935-2020-00043 (In Russian).

4. Bojkov V. i dr. Raskhody naseleniya na medicinskuyu pomoshch' i lekarstvennye sredstva //Voprosy ekonomiki. 1998; 10: 1-25. (In Russian).

5. Perhov V. I. i dr. Dinamika ob"emov i struktura raskhodov uchrezhdenij zdravoohraneniya pri okazanii besplatnoj medicinskoj pomoshchi //Menedzher zdravoohraneniya. 2010; 5: 30-37. (In Russian).

6. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Oficial'nyj sajt. Nacional'nye scheta. <https://rosstat.gov.ru/accounts?print=1> (In Russian).

7. Omel'yanovskij V. V., Maksimova L. V., Tatarinov A. P. Zarubezhnyj opyt: modeli finansirovaniya i organizacii sistem zdravoohraneniya. Finansovyj zhurnal. 2014. - № 3. – S.22-34 (In Russian).

8. Fajberg T. V., SHCHerbakova I. N. Finansirovanie medicinskoj pomoshchi v Rossii: istochniki i problemy ih ocenki //Baikal Research Journal. 2021; 12 (1): S. 7-14 (In Russian).
9. Perhov V.I., Kudelina O.V., Tret'yakov A.A. Ocenka effektivnosti zdavoohraneniya v sub"ektah Rossijskoj Federacii s ispol'zovaniem metodologii Bloomberg //Menedzher zdavoohraneniya. 2019; 8: 6-13. (In Russian).
10. Dajhes A.N., Fedyaev D.V. Obzor rossijskih i zarubezhnyh podhodov k formirovaniyu gosudarstvennyh garantij besplatnoj medicinskoj pomoshchi. Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya. 2017; 3: 59-65. (In Russian).
11. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. American Journal of Public Health. 2004; 94 (11): 1864-74.
12. CHubarova T. V. Obespechenie naseleniya medicinskimi uslugami: ekonomicheskie problemy //Problemy prognozirovaniya. 2008; 6: 98-110. (In Russian).
13. Saltman R.B., Busse R., Mossialos E. Regulirovanie predprinimatel'skoj deyatel'nosti v sistemah zdavoohraneniya evropejskih stran: per. s angl. M.: Ves' Mir, 2002. 272 s. (In Russian).
14. Kurunmäki L. A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. Accounting, Organizations and Society [Internet]. Elsevier BV; 2004 Apr; 29(3-4):327–47. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0361-3682\(02\)00069-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0361-3682(02)00069-7)
15. Or Z. Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments //Health policy. 2014; 117 (2): 146-150.
16. Rogers W. H. et al. Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system: a summary of effects //Jama. 1990; 264 (15): 1989-1994.
17. Gay E. G., Kronenfeld J. J. Regulation, retrenchment—The DRG experience: Problems from changing reimbursemnt practice //Social Science & Medicine. 1990; 31 (10); 1103-1118.
18. Finkler S. A. DRG problems and potential //Journal of health and human resources administration. 1985; 4: 35-52.
19. Riessen R. et al. Reimbursement of intensive care services in the German DRG system: Current problems and possible solutions //Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2017; 113 (1): 13-23.
20. Schmidt M. Introduction of the DRG system in Germany: problems and perspectives from the point of view of the German Hospital Federation //Zeitschrift fur arztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. 2002; 96 (8): 521-526.

21. Perhov V.I. Ot mul'ti- k monoplatel'shchiku v rossijskoj sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya //Menedzher zdavoohraneniya. 2021: 5; 4-11. (In Russian).
22. Perhov V.I., Gorin S.G. Istoriya so standartami medicinskoj pomoshchi //Menedzher zdavoohraneniya. 2016; 10: 30-35. (In Russian).
23. Eliseeva M.E. Podagra u pozhilyh pacientov. Komorbidnost' i kliniko-ekonomicheskij analiz: dis. ...kand. med. nauk: 14.01.04, 14.02.03/ Eliseeva Mariya Evgen'evna. – M., 2017. 133 S. (In Russian).
24. Stebunova R.V. Optimizaciya upravleniya stacionarnoj medicinskoj pomoshch'yu s ispol'zovaniem nozologicheskogo podhoda: dis. ...kand. med. nauk: 14.02.03/ Stebunova Renata Vyacheslavovna. M., 2017. 232 S. (In Russian).
25. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. The price of excess: Identifying waste in healthcare spending //Health Research Institute. Retrieved August. 2008; 11: 2014.
26. Perhov V.I. Solodkij V.A., Samorodskaya I.V. Mezhdunarodnyj opyt otbora novyh i dorogostoyashchih medicinskih tekhnologij dlya ih posleduyushchego finansirovaniya iz obshchestvennyh resursov// Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii. 2008: 6; 22-27. (In Russian).
27. Perhov V.I., Pesennikova E.V. Ob obespechenii ustojchivosti funkcionirovaniya zdavoohraneniya v chrezvychajnyh situacijah //Menedzher zdavoohraneniya. 2021; 4: 4-12. (In Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The author declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Перхов Владимир Иванович - доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: perkhov@mednet.ru, ORCID iD: 0000-0002-4134-3371

Корхмазов Валерий Тамазович - кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Городская больница 1 г. Новороссийска» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Новороссийск, ул. Революции 1905 года, 30, e-mail: Korxmazov@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3281-3909

Песенникова Елена Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Факультета управления и экономики здравоохранения Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, г. Москва Большая Пироговская улица, 2, стр. 2, e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-6023-7734

Третьяков Андрей Александрович - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Москва, Ломоносовский проспект, 27, корп.10, e-mail: 9030121077@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3132-836X

Information about authors

Perkhov Vladimir - doctor of medical sciences, associate professor, the chief researcher of Federal State Budgetary Institution Central Research and Development Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health, Moscow, Dobrolyubov St., 11, e-mail: perkhov@mednet.ru, ORCID iD: 0000-0002-4134-3371

Korkhmazov Valery - candidate of medical sciences, chief physician of GBUZ City Hospital of 1 Novorossiysk of the Ministry of Health of Krasnodar Krai, Novorossiysk, Revolyutsii 1905 goda St., 30, e-mail: Korxmazov@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3281-3909

Pesennikova Elena Vasilyevna – the candidate of medical sciences, the associate professor of the organization and management in the sphere of circulation of medicines of Faculty of management and economy of health care of the First Moscow state medical university of I.M. Sechenov, Moscow Bolshaya Pirogovskaya Street, 2, building 2, e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com
ORCID iD: 0000-0002-6023-7734

Tretyakov Andrey Aleksandrovich - candidate of medical sciences, senior research associate of Medical scientific education center of Lomonosov Moscow State University, Moscow, Lomonosovsky Avenue, 27, building 10, e-mail: 9030121077@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3132-836X

Статья получена: 01.02.2022 г.
Принята к публикации: 30.03.2022 г.