

УДК 33     DOI: 10.14451/1.223.221

## Финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций в условиях создания единого цифрового контура в здравоохранении

© 2023 Кришталева Таисия Ивановна

профессор Департамента аудита и корпоративной отчетности Факультета налогов, аудита и бизнес-анализа, д.э.н. Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Россия, Москва.

E-mail: TIKrishtaleva@fa.ru

© 2023 Качкова Ольга Евгеньевна

доцент Департамента аудита и корпоративной отчетности Факультета налогов, аудита и бизнес-анализа, к.э.н. Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Россия, Москва.

E-mail: oekachkova@fa.ru

**Ключевые слова:** стратегия развития, цифровая трансформация, фондодержание, подушевая оплата, медицинская организация, фондодержатель.

Статья посвящена проблемам финансового обеспечения системы здравоохранения, поиску путей повышения ответственности врачей первичного звена за состояние здоровья прикрепленного к медицинским организациям населения, создания единого цифрового контура на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Финансовое обеспечение взаимодействия медицинских организаций на основе применения системы фондодержания позволяет осуществлять более рациональное распределение находящихся в распоряжении медицинских организаций финансовых ресурсов и обеспечивать доступность медицинских услуг для застрахованных в системе ОМС лиц, а медицинским учреждениям – мотивировать к внедрению ресурсосберегающих технологий, способствующих массовой профилактике заболеваний и оказанию качественной медицинской помощи. Распоряжение финансовыми ресурсами в первичном звене здравоохранения позволит улучшить укомплектованность медицинских учреждений персоналом, проводить более активную работу с населением, осуществлять действенный контроль за состоянием здоровья пациентов.

Обоснование стратегии развития здравоохранения показало существование проблем текущего состояния отрасли:

1. Отсутствие единого системного комплексного подхода при планировании направлений и проектов в сфере здравоохранения.
2. Недостаточные временные периоды, выделенные на реализацию мероприятий.
3. Недостаток квалифицированных кадров с учетом требований и скорости цифровой трансформации.
4. Недостаточная обеспеченность и налаженность инфраструктуры сегментов цифровой трансформации, каналов связи, информационной безопасности, повышение и поддержание уровня нынешнего состояния систем.
5. Недостаточная эргономичность приложений, замедляющая процесс обучения специалистов работе с приложениями.
6. Низкая техническая оснащенность населения.
7. Неготовность кадров к цифровым инновациям в здравоохранении.

Для преодоления этих проблем необходимо создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), обеспечивающей повышение качества и доступности оказания медицинской помощи, повышение доли раннего выявления заболеваний, снижения смертности и инвалидизации, снижение доли пациентов, несвоевременно получивших медицинскую помощь, оптимизация затрат на лечение, эффективная маршрутизация пациента, снижение количества медицинских ошибок, выравнивание уровня развития медицины по регионам, единые справочники и классификаторы, разработки новых методов диагностики и лечения, высокое качество, полнота и достоверность информации об оказанной помощи [6].

Согласно ст. 82 Федерального закона от 23.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» источниками финансового обеспечения охраны здо-

ровья населения выступают средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, фондов обязательного медицинского страхования, организаций и граждан, а также средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, а также иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

Минздравом России приказом от 13.12.2022 № 789 утверждены изменения к Правилам обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), утвержденным этим ведомством 28.02.2019 № 108н, по регулированию взаимодействия участников системы ОМС при оплате бесплатной медицинской помощи, оказываемой в рамках реализации прав застрахованных лиц, с учетом применяемых в системе ОМС способов оплаты медицинской помощи по видам, формам и условиям оказания медицинских услуг.

Так, Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (далее – МГФОМС) финансирует страховые медицинские организации (далее – СМО) по дифференцированным подушевым нормативам с учетом численности застрахованных лиц в целях исполнения СМО договорных обязательств по оплате предъявляемых медицинскими организациями счетов и реестров счетов за оказанную медицинскую помощь. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС осуществляет МГФОМС.

В свою очередь медицинские организации распределяют расходы по источникам финансирования, когда составляют планы своей финансово-хозяйственной деятельности.

Причем в соответствии с принятыми МГФОМС нормами они имеют право расходовать средства ОМС только на те направления оказания медицинской помощи, которые предусмотрены структурой тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС, в который входят расходы на:

- зарплату, начисления на оплату труда;
- приобретение лекарств, продуктов питания,

- медицинских инструментов, реактивов и химикатов и прочих материальных запасов;
- лабораторные и инструментальные исследования в других учреждениях, если в медицинской организации нет лаборатории и диагностического оборудования;
- питание, если медицинская организация переехала на аутсорсинг;
- услуги связи;
- транспортные услуги;
- коммунальные услуги;
- работы и услуги по содержанию имущества и др.

Расходы, не входящие в структуру тарифа ОМС, оплачиваются медицинскими учреждениями за счет средств от приносящей доход деятельности и субсидий.

Часть расходов, которая напрямую не покрывается территориальной программой ОМС, финансирует за счет средств федерального, регионального или муниципального бюджетов.

Причем порядок расходования средств на выполнение государственного задания у разных медицинских учреждений отличается.

За счет платных услуг можно финансировать расходы, необходимые для коммерческой деятельности медицинского учреждения, а покрывать затраты, которые нельзя провести в бухгалтерии за счет средств ОМС или государственного задания.

Тем не менее, действующие способы финансирования не в полной мере мотивируют медицинские учреждения к поиску более эффективных методов профилактики и лечения населения.

Первичное звено здравоохранения не достаточно мотивировано на осуществление профилактической и реабилитационной работы с прикрепленным к медицинскому учреждению населением. У участковых врачей отсутствует заинтересованность в работе с пациентами, для лечения которых не обойтись без оказания дорогостоящих услуг.

Одними из причин низкого уровня развития первичного звена являются дефицит кадров, отсутствие современных технологий профилактики и механизмов мотивации медицинского персонала на выздоровление проходящих лечение пациентов.

Социологические опросы застрахованных в системе ОМС лиц подтверждают необходимость модернизации первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) как на уровне ее организации, так и механизмов финансирования.

Необходимо внедрять финансовые механизмы настройки действующих способов оплаты, мотивирующих первичное звено на улучшение качественных показателей здоровья прикрепленного к медицинским учреждениям населения за счет использования эффективных, ресурсосберегающих технологий лечения и реабилитации.

Одним из наиболее эффективных способов финансирования ПМСП считается фондодержание, под которым понимается способ оплаты медицинской помощи, когда медицинское учреждение, оказывающее ПМСП, получает финансовые средства не только за собственную работу, но и на оплату услуг сторонних медицинских организаций (далее – МО), оказываемых прикрепленному к медицинскому учреждению населению [9].

Таким образом, фондодержание должно дополнительно стимулировать медицинских работников на посещение пациентов на дому, ведение мониторинга за их состоянием здоровья, проведение профилактических мероприятий. Учет всего прикрепленного на медицинское обслуживание населения позволит более качественно и своевременно оказывать медицинскую помощь, осуществлять планирование деятельности каждого медицинского работника и повысит степень ответственности за результаты работы первичного звена здравоохранения.

Однако согласно ряду исследований соблюдение принципов фондодержания без учета особенностей организаций, оказывающих ПМСП,

демографического состава населения, его расселения, климатических и географических условий места проживания, социальной и транспортной инфраструктуры территории нахождения, становится причиной возникновения финансовых как для медицинских организаций, оказывающих ПМСП, так и для консультативно-диагностических центров, больниц и станций скорой медицинской помощи.

Ключевыми особенностями модели финансирования ПМСП, основанной на соблюдении принципов фондодержания, являются:

- заинтересованность медицинских работников в улучшении здоровья прикрепленного к медицинской организации населения, сокращении сроков лечения, экономии ресурсов и интенсификации труда;
- сокращение количества случаев необоснованного направления пациента в другое медицинское учреждение или к другому врачу;
- уменьшение количества случаев вызова скорой медицинской помощи;
- высокая мотивация врачей и медицинских организаций к обеспечению преемственности лечения пациента;
- наличие экономической взаимосвязи с другими этапами оказания медицинской помощи, следствием чего является возможность предсказуемости общих расходов;
- риск необоснованного сокращения объема оказываемой медицинской помощи отдельным пациентам, в том числе, например, перед госпитализацией;
- относительно сложная система учета и взаиморасчетов за медицинскую помощь между медицинскими учреждениями, в том числе при госпитализации пациента;
- более затратная технология медико-экономического анализа и планирования, чем, например, при подушевом финансировании без соблюдения принципов фондодержания.

Сложная и затратная технология экономического анализа и планирования является следствием того, что для расчета соответствующего норме подушевого финансирования, особенно при пол-

ном фондодержании, требуется собрать и обработать большой объем различных учетных данных. Подушевой норматив – это сумма финансовых средств для обеспечения деятельности самого медицинского учреждения (по основным статьям расходов), включая медикаменты, расходные материалы в расчете на прикрепившихся к медицинскому учреждению застрахованных лиц.

В то же время при проведении расчета стоимости ПМСП требуется наличие данных об уровне заболеваемости разных групп пациентов, производственном потенциале медицинских учреждений с учетом их обеспеченности кадровым составом, оснащенности достаточным количеством ресурсов, маршрутизации доставки пациентов, что требует использования современных компьютерных технологий и баз данных подушевого учета оказания медицинской помощи. Кроме того, необходима единая унифицированная методика учета и расчета фактических затрат лечебно-профилактических учреждений на выполнение единицы объема медицинской помощи.

Для реализации на практике финансирования на основе соблюдения принципов фондодержания необходим персонифицированный учет оказания медицинской помощи, возможный в условиях цифровой трансформации здравоохранения.

Для определения функционала субъектов фондодержания необходимо их определение в зависимости от целей и стратегии деятельности [4].

Основные функции субъектов подушевого финансирования ПМСП на основе применения системы фондодержания приведены в таблице 1 [7].

На федеральном уровне устанавливаются нормативы исполнения программы государственных гарантий (далее – ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, способы оплаты и подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в системе ОМС. На

уровне субъектов Российской Федерации федеральные программы и рекомендации адаптируются к региональным особенностям системы здравоохранения и финансового обеспечения путем утверждения комиссией по разработке территориальной ПГГ оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в рамках тарифного соглашения, включая выбор модели поду-

шевого финансирования, показателей результативности деятельности медицинских учреждений, способов мотивации за достижение конечных результатов работы. На объектовом уровне это медицинские учреждения, страховые медицинские организации, функции которых зависят от установленных правил управления объектами модели подушевого финансирования [6].

**Таблица 1.** Субъекты подушевого финансирования и их функции.

Субъект системы	Функции
<b>Федеральный уровень</b>	
Минздрав России	Нормативное регулирование в области здравоохранения: принятие программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи; введение средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи
Федеральный фонд ОМС	Разработка методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет ОМС, установление показателей результативности деятельности медицинских организаций, регулирование информационного взаимодействия участников системы ОМС.
<b>Уровень субъектов Российской Федерации</b>	
Орган управления здравоохранением	Нормативное регулирование на своем уровне организации оказания медицинской помощи, расчет нормативов территориальной программы государственных гарантий
Территориальный фонд ОМС	Установление тарифов на оплату медицинской помощи, формирование тарифного соглашения, социализация способов оплаты к региональным особенностям, распределение согласованных объемов медицинской помощи среди медучреждений, расчет показателей эффективности их деятельности
<b>Объектовый уровень</b>	
МО – фондодержатель	Оказание первичной специализированной и специализированной медицинской помощи в МО – исполнителях прикрепленным застрахованным по ОМС лицам. Оплата медицинской помощи производится по дифференцированному подушевому нормативу на одно застрахованное лицо
МО – исполнитель	Оказание внешних (в том числе высокотехнологичных) медицинских услуг. Оплата производится путем взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь между фондодержателем и исполнителем
МО, не участвующие в системе взаиморасчетов	Оказание услуг первичной специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи, скорой медицинской помощи, стоматологической помощи в стоматологических поликлиниках, акушерской помощи в акушерских стационарах и т. д., объемы работы которых не зависят от деятельности фондодержателя. Оплата медицинской помощи осуществляется в рамках согласованных объемов работы
Страховая МО – оператор	Осуществление деятельности по ОМС на некоммерческой основе, включающей заключение договоров финансирования ОМС с ТФОМС и договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с МО – фондодержателями и МО – исполнителями по обработке реестров пролеченных больных, проведение взаиморасчетов, осуществление контроля реестра счетов и оплаты оказанной медицинской помощи. Финансирование осуществляется по подушевым нормативам

Продолжение на следующей странице

**Таблица 1.** Субъекты подушевого финансирования и их функции. (Продолжение таблицы)

Иные организации	Предоставление технологических и сервисных услуг субъектам подушевого финансирования информационными агрегаторами, сопровождающими программное обеспечение, оказывающими телематические, транспортные и логистические услуги и т. д. Оплата предоставленных услуг осуществляется в рамках установленного порядка расходования средств ОМС
Индивидуальный уровень	
Гражданин (застрахованное лицо)	Застрахованное по ОМС лицо, включенное в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, которое прикреплено к МО для получения первичной медико-санитарной помощи в установленном порядке
Пациент	Физическое лицо, обратившееся за получением медицинских услуг в МО на условиях программы ОМС
Работник МО	Оказание медицинской помощи пациентам, включая проведение профилактических мероприятий застрахованным лицам

Анализ реализации подушевого финансирования в субъектах Российской Федерации позволяет сделать выводы, что эффективность подушевого финансирования в здравоохранении зависит от:

- порядка расчета подушевого норматива финансирования медицинских организаций, оказывающих ПМСП;
- выбора типов фондодержания и взаиморасчетов между медицинскими организациями;
- порядка расчета показателей результативности и мотивационных выплат за достижение конечных результатов работы.

Таким образом, возникает необходимость в разработке единых подходов к реализации на региональном уровне подушевого финансирования на принципах фондодержания. Для этого требуется установление классификации бизнес-процессов, которая позволит:

- определять субъекты выполнения процесса, единицы и критерии оценки результатов их деятельности;
- уточнять особенности взаимодействия субъектов с учетом их зон ответственности;
- идентифицировать необходимые средства и ресурсы;
- анализировать процессы оказания медицинской помощи с точки зрения их возможной оптимизации, сокращения затрат, повышения производительности труда и качества оказания услуг;

– определять возможности применения современных цифровых технологий и роботизации выполнения процесса.

В зависимости от реализуемой в регионе модели подушевого финансирования бизнес-процессы осуществляются по правилам управления объектами фондодержания, установленным региональными тарифными соглашениями, предусматривающими виды медицинской помощи и услуги, входящие в расчет дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской организации – фондодержателя; частичное или полное фондодержание; наличие или отсутствие взаиморасчетов между медицинскими учреждениями; доли мотивационных выплат; перечень показателей эффективности деятельности медицинских организаций.

В результате анализа предшествующего регионального опыта осуществления данной модели взаимодействия медицинских организаций были выявлены различные виды фондодержания – полное или частичное фондодержание [2].

При осуществлении взаиморасчетов между медицинскими организациями важно учитывать, что они являются реальными только в случае, если доход определяется после проведения расчетов с непосредственными исполнителями медицинских услуг, когда норматив объемов деятельности исполнителей (например, круглосуточных стационаров) по оказанию медицинской помощи включен в расчет подушевого

норматива.

Расчет подушевого норматива может производиться как на объем медицинской помощи в целом, так и на отдельные рассматриваемые виды медицинской помощи, имеющие признаки управляемости или на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу.

Дифференцированный подушевой норматив (далее – ДПН) рассчитывается при полном фондодержании на весь объем деятельности медицинских организаций – исполнителей, включая оказание скорой медицинской помощи, лечение инфекционных заболеваний и т. д. При частичном фондодержании в расчет ДПН не включаются услуги и виды медицинской помощи, на которые не может влиять деятельность первичного звена (например, родовспоможение, травмы и др.). Эти виды медицинской помощи оплачиваются по утвержденным тарифам и количеству оказанных услуг.

Кроме корректного расчета ДПН, важным элементом фондодержания является механизм взаиморасчетов между медицинской организацией-фондодержателем и медицинской организацией – исполнителем, который позволяет первичному звену оказания медицинской помощи ограничивать оказание избыточных услуг стационаров и клинично-диагностических служб в целях экономии расходования средств подушевого норматива.

Для предотвращения негативных последствий необоснованного сокращения объемов медицинской помощи на уровне первичного звена оказания медицинской помощи вводится оплата конечных результатов за достижение показателей эффективности деятельности медицинских организаций – фондодержателей.

Важным направлением в планировании деятельности медицинских организаций должно стать профилактическое направление. Для этого следует посредством применения механизмов тарифного регулирования добиваться мотивирования медицинских организаций к обеспечению мониторинга показателей здоровья граждан,

развитию профилактических и реабилитационных технологий на первичном уровне оказания медицинской помощи.

В системе ОМС надо стремиться к формированию целевого тренда «укрепление здоровья – профилактика болезней – ранняя реабилитация» на основе мотивации участников системы ОМС – медицинских организаций к достижению установленных показателей здоровья, прикрепленного к медицинским учреждениям населения, и снижению рисков оплаты сверхплановых объемов стационарной помощи.

Целевым направлением формирования стандартов и правил оказания первичной медико-санитарной помощи может стать развитие массовых эффективных, ресурсосберегающих технологий профилактики заболеваний, наблюдения, лечения и реабилитации пациентов на основе телемедицинских технологий, дистанционного мониторинга состояния здоровья, а также мобильной медицины, предполагающей использование устройств типа сотовых телефонов или планшетных компьютеров, которые люди постоянно носят с собой.

Необходимо сделать акценты на создание центров реабилитации, приближенных к месту жительства пациента; на развитие оказания дистанционной помощи в стационарах и на дому; на расширение возможностей участия частных медицинских организаций на основе конкуренции среди медицинских организаций, участвующих в реализации ОМС; на обеспечение конкурсных отборов исполнителей медицинских услуг; на включение в качестве полноценных участников в процесс охраны собственного здоровья самих граждан, прежде всего подростков и молодежи через мобильную медицину, приложения к гаджетам, программы в социальных сетях.

Одним из условий повышения эффективности работы первичного звена оказания медицинской помощи выступает мотивация медицинских организаций – фондодержателей и каждого работника к успеху в работе.

С точки зрения инфраструктуры наиболее эф-

фективными должны быть государственные медицинские организации, обладающие всем спектром диагностических возможностей и ресурсов для оказания стационарзамещающих технологий. Однако в современных условиях интенсивного развития коммерческие организации, оказывающие диагностические, лечебные и реабилитационные услуги и проводящие грамотно выстроенную тарифную политику, способствуют ужесточению конкуренции в первичном звене здравоохранения [1; 5].

Успешная реализация данной модели финансирования позволяет управлять рисками ограничения доступности медицинской помощи для пациентов, а также способствовать внедрению эффективных технологий в амбулаторную практику (дистанционный мониторинг, онлайн-консультации, дистанционная реабилитация и диспансерное наблюдение, персонализированная медицина).

Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения реализуется за счет создания механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной системы в сфере здравоохранения и внедрения цифровых технологий, формирующих единый цифровой контур здравоохранения.

Для оказания качественных государственных услуг населению, формирования качественной и безопасной среды для жизни и развития, обес-

печения доступности и качества здравоохранения, повышение эффективности государственного управления [8] необходимо достижение высокой степени цифровой зрелости (не менее 82,7% в 2024 году), создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, внедрение цифровых технологий и платформенных решений. Реализация обеспечения гражданам использования цифровых сервисов в области здравоохранения, в том числе телемедицинских технологий, электронной записи к врачу, электронных рецептов возможна за счет цифровизации области здравоохранения и внедрения систем электронного документооборота.

Цифровая среда в госсекторе означает автоматизацию и централизацию бюджетного процесса с целью иметь всю информацию в одном месте – в едином информационном ресурсе. Для этого нужно, чтобы учреждения применяли единую методологию учета, вели электронный документооборот и централизовали учет. Это поможет оптимизировать процессы учета и отчетности, сопоставлять финансовые данные, анализировать информацию, вводить новые форматы отчетности.

Из единого информационного ресурса руководители разных уровней смогут получать нужную информацию для принятия управленческих решений.

### Библиографический список

1. Качкова О. Е., Кришталева Т. И. Методика медико-экономической оценки ресурсного потенциала медицинских организаций // Экономические науки. – 2021. – № 196. – С. 221–227.
2. Качкова О. Е., Кришталева Т. И. Методы оплаты первичной медико-санитарной помощи в зарубежных странах и в России // Учет. Анализ. Аудит. – 2021. – 8(1). – С. 37–47.
3. Качкова О. Е., Кришталева Т. И. Оценка региональной системы здравоохранения и обоснование внедрения финансового обеспечения медицинской помощи на принципах фондодержания // Экономические науки. – 2021. – № 195. – С. 161–169.
4. Лазарева М. Л., Федяев Д. В., Мельникова Л. С. Нормативно-правовое регулирование системы организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – 29(3). – С. 31–40.
5. Манухина Е. В., Юрина С. В. Организация медико-экономического контроля объемов и стоимости медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Наука молодых. – 2021. – 9(4). – С. 647–656.
6. Модель взаимодействия между медицинскими организациями на принципах фондодержания – способ повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения / Р. А. Хальфин [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2020. – (8). – С. 3–11.



7. О методах оценки и расчета производственного потенциала медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара / Р. А. Хальфин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – 28(5). – С. 964–969.
8. Постановление Правительства Московской области от 30.08.2022 № 908/30 «Об утверждении Стратегии в области цифровой трансформации отраслей экономики, социальной сферы и государственного управления Московской области». – URL: <https://mosreg.ru/dokumenty/normotvorchestvo/prinyato-pravitelstvom/postanovleniya-pmo/18-11-2022-09-37-40-postanovlenie-pravitelstva-moskovskoy-oblasti-ot>.
9. Хабаев С. Г., Крадинов П. Г. Подходы к оценке достаточности государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих государственные (муниципальные) услуги в социальной сфере // Общество: политика, экономика, право. – 2018. – (9). – С. 32–36.