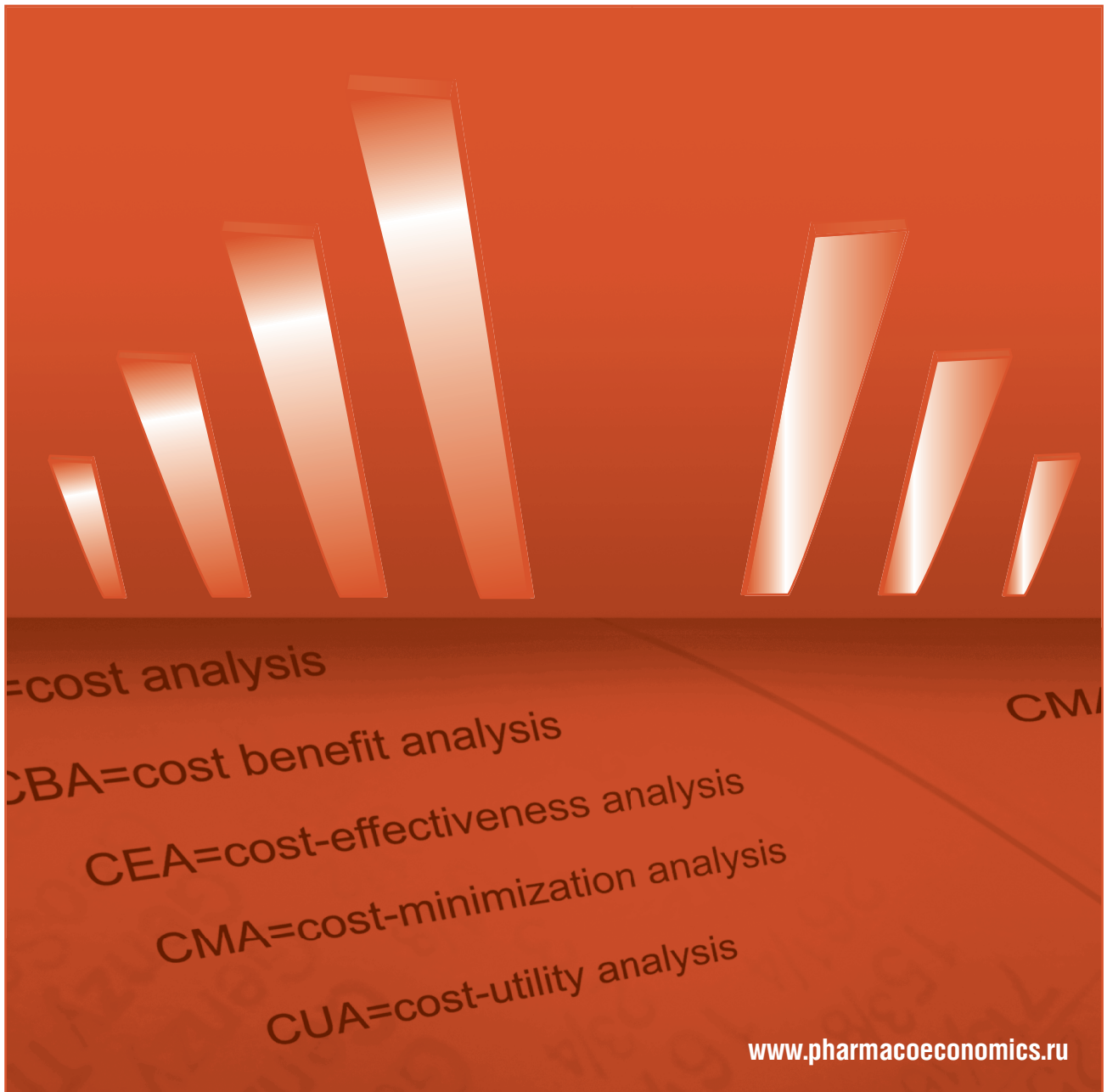


ISSN 2070-4909 (print)  
ISSN 2070-4933 (online)

# Фармакоэкономика

Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.pharmacoeconomics.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.  
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: [info@irbis-1.ru](mailto:info@irbis-1.ru)

## FARMAKOEKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

2021 Vol. 14 No. 3

# №3

Том 14

2021



<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2021.110>

ISSN 2070-4909 (print)

ISSN 2070-4933 (online)

# Обзор методик планирования объемов медицинской помощи и финансирования системы здравоохранения субъектами Российской Федерации

Ковалева С.А.<sup>1,2</sup>, Федяев Д.В.<sup>1,2,3</sup>, Сисигина Н.Н.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Хохловский пер., вл. 10, стр. 5, Москва 109028, Россия)

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации (Настасьинский пер., д. 3, стр. 2, Москва 127006, Россия)

<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (пр-т Вернадского, д. 84, стр. 1, Москва 119606, Россия)

Для контактов: Федяев Денис Валерьевич, e-mail: [fediaev@rosmedex.ru](mailto:fediaev@rosmedex.ru)

## РЕЗЮМЕ

В статье представлен обзор действующих и альтернативных методик по планированию объемов и финансирования медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Актуальность темы обусловлена несовершенством действующей модели планирования, что становится стимулом для представителей профильных органов и независимых экспертов к разработке альтернативных методик. Описаны действующие подходы и нормативные правовые документы, регламентирующие порядок распределения объемов медицинской помощи и финансовых средств на оплату данной помощи. Анализ альтернативных методик показывает, каким образом можно использовать различные демографические и инфраструктурные особенности регионов для перераспределения объемов медицинской помощи и соответствующего ему финансового обеспечения.

## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Планирование медицинской помощи, программа государственных гарантий, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат.

Статья поступила: 20.08.2021 г.; в доработанном виде: 21.09.2021 г.; принята к печати: 28.09.2021 г.

## Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия конфликта интересов в отношении данной публикации.

## Вклад авторов

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

## Для цитирования

Ковалева С.А., Федяев Д.В., Сисигина Н.Н. Обзор методик планирования объемов медицинской помощи и финансирования системы здравоохранения субъектами Российской Федерации. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2021; 14 (3): 415–422. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2021.110>.

## Review of methods for planning the scope of medical care and financing of the healthcare system by the subjects of the Russian Federation

Kovaleva S.A.<sup>1,2</sup>, Fedyayev D.V.<sup>1,2,3</sup>, Sisigina N.N.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Center for Expertise and Quality Control of Medical Care (10 bld. 5, Khokhlovskiy Aly, Moscow 109028, Russia)

<sup>2</sup> Financial Research Institute (3 bld. 2 Nastasyinskiy Aly, Moscow 127006, Russia)

<sup>3</sup> Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (84 bld. 1, Vernadskiy Ave, Moscow 119606, Russia)

Corresponding author: Denis V. Fedyayev, e-mail: [fediaev@rosmedex.ru](mailto:fediaev@rosmedex.ru)

**SUMMARY**

The article presents a review of current and alternative methods for planning the scope and financing of medical care in the subjects of the Russian Federation. The relevance of the issue is due to the imperfection of the current planning model, which stimulate representatives of the profile bodies and independent experts to develop alternative methods. The current approaches and legal documents regulating the procedure for distributing the scope of medical care and financial resources to pay for this care are described. The analysis of alternative methods shows how different demographic and infrastructural features of regions can be used to redistribute the scope of medical care and the corresponding financial support.

**KEYWORDS**

Planning of medical care, state guarantee program, regulation of the scope of medical care, regulation of financial costs.

**Received:** 20.08.2021; **in the revised form:** 21.09.2021; **accepted:** 28.09.2021

**Conflict of interests**

The authors declare they have nothing to disclose regarding the conflict of interests with respect to this manuscript.

**Authors' contribution**

The authors contributed equally to this article.

**For citation**

Kovaleva S.A., Fedyayev D.V., Sisigina N.N. Review of methods for planning the scope of medical care and financing of the healthcare system by the subjects of the Russian Federation. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2021; 14 (3): 415–422 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2021.110>.

**Основные моменты****Что уже известно об этой теме?**

- ▶ Вопросы планирования объемов медицинской помощи и ее финансирования рассматривались многими исследователями и ежегодно поднимаются при выходе обновленного бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- ▶ Альтернативные методики планирования финансового обеспечения системы здравоохранения субъектами Российской Федерации разработаны и апробированы достаточно давно, но не получили отражения в существующих методиках планирования

**Что нового дает статья?**

- ▶ В обзоре обобщены основные изменения в подходе к планированию объемов и финансирования медицинской помощи, произошедшие в 2020 г., и приведены альтернативные методики, которые можно применять в субъектах Российской Федерации для целей планирования

**Highlights****What is already known about the subject?**

- ▶ The medical care and financing planning issues were viewed by many researchers and annually raise upon the release of the updated Compulsory Medical Insurance Fund budget and the programs of state guarantees of free provision of medical care to citizens
- ▶ The alternative methods of planning financial support for the health system of the Russian Federation have been developed and tested quite a long time ago, but did not receive their reflection in existing planning techniques

**What are the new findings?**

- ▶ The review describes the main changes in the approaches of scope and financing of medical care, which occurred in 2020, and presents alternative methods that can be applied in the subjects of the Russian Federation for planning purposes

**ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION**

Ежегодно утверждаемые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ПГГ) нормативы объемов медицинской помощи (МП) определяют размер потребности в текущем финансировании территориальных ПГГ (ТПГГ). Подходы к определению дифференцированных нормативов объемов МП отражены в разъяснениях по вопросам формирования и экономического обоснования ТПГГ. Как требования федеральной ПГГ, так и содержание разъяснений постоянно расширяются и детализируются, однако общий подход к регулированию процессов планирования нормативов объемов и стоимости МП остается неизменным.

Данные нормативные акты регулируют вопросы планирования государственных гарантий бесплатного оказания МП и устанавливают необходимость учета при планировании особенностей конкретного субъекта Российской Федерации (РФ) (половозраст-

ная структура населения, уровень и структура заболеваемости, плотность населения, транспортная доступность медицинских организаций, климатогеографические характеристики, реге – иные факторы). Однако, за редкими исключениями, в них не приведены методики такого учета, поэтому открываются возможности для необоснованной дифференциации финансового обеспечения государственных гарантий, следствием которой может стать снижение качества МП на отдельных территориях ниже приемлемого уровня.

В 2020 г. в связи с появлением новой коронавирусной инфекции остро встал вопрос о разработке нормативов на оказание МП пациентам с данным заболеванием. Но на момент пересмотра ПГГ 2020 г. [1] не было достаточной информации о масштабах пандемии, требуемых объемах и стоимости законченного случая МП, потому правки в ПГГ носили точечный и ситуативный характер. В ПГГ 2021 г. новеллы ПГГ 2020 г. были закреплены, не претерпев значительных изменений.

Актуальность данного обзора обусловлена несовершенством действующей модели планирования финансового обеспечения системы здравоохранения, что становится стимулом для представителей профильных органов и независимых экспертов к разработке альтернативных методик, которые могут быть рассмотрены при совершенствовании действующих нормативных подходов к планированию потребности в финансовом обеспечении ТПГГ.

### ДЕЙСТВУЮЩИЕ НОРМАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ ОБЪЕМОВ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ / CURRENT REGULATORY APPROACHES TO THE PLANNING OF SCOPE AND FINANCIAL SUPPORT OF THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION

#### Нормативы объема медицинской помощи / The scope of medical care regulation

На сегодняшний день средние нормативы, установленные федеральной ПГГ с детализацией по видам, условиям и формам медицинской помощи, являются исходной точкой для планирования ТПГГ на текущий год и плановый период 2022–2023 гг.

По состоянию на 2021 г. средние нормативы на федеральном уровне установлены для [2]:

1) скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

2) медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой:

- с профилактической и иными целями (включает, в частности, разовые посещения в связи с заболеваниями), в разбивке по источникам финансирования (средства бюджетов, средства обязательного медицинского страхования (ОМС)) и целям оказания МП;

- в неотложной форме (только за счет средств ОМС);

- в связи с заболеваниями, в разбивке по источникам финансирования;

- в связи с проведением отдельных диагностических исследований (только за счет средств ОМС), в разбивке по типам исследований, в том числе тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции.

3) медицинской помощи в условиях дневных стационаров (ДС), в разбивке по источникам финансирования с выделением помощи по профилю «онкология»;

4) медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров (КС), в разбивке по источникам финансирования с выделением помощи по профилю «онкология»;

5) медицинской реабилитации (только за счет средств ОМС);

6) паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (только за счет средств бюджетов субъектов РФ);

7) медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) (только за счет средств ОМС).

Помимо средних нормативов объемов МП федеральная ПГГ определяет полномочия субъектов РФ по разработке дифференцированных нормативов объемов медицинской помощи на 1 жителя (на 1 застрахованное лицо – для программы ОМС). В стандартный набор факторов дифференциации нормативов объемов МП входят демографические особенности (половозрастная структура) населения, уровень и структура заболеваемости, плотность населения, транспортная доступность медицинских организаций, климатические и географические особенности субъекта РФ. Реже в состав факторов дифференциации включают:

- фактическое выполнение ранее установленных объемов МП (соотношение фактических и плановых объемов МП) за предыду-

щие годы (данный подход рекомендован текущими разъяснениями по вопросам формирования и экономического обоснования ТПГГ в качестве общего методического принципа);

- доля женщин фертильного возраста (только для расчета норматива объема МП при ЭКО);

- численность лиц, подлежащих диспансерному наблюдению (только для расчета норматива числа посещений с иными целями);

- структура заболеваемости населения отдельными типами заболеваний, при которых возникает потребность в проведении дорогостоящих лабораторных и диагностических исследований (только при расчете нормативов объема МП по таким исследованиям);

- уровень развития транспортных путей постоянного действия (при расчете нормативов объема специализированной МП, оказываемой в условиях КС, скорой медицинской помощи);

- доля сельского населения (при расчете нормативов объема МП, оказываемой в условиях ДС и КС по профилю «онкология», паллиативной медицинской помощи);

- уровень и структура заболеваемости онкологическими заболеваниями, соотношение долей пациентов с онкологическими заболеваниями, обнаруженными на ранних и поздних стадиях (только при расчете нормативов объема МП, оказываемой в условиях ДС и КС по профилю «онкология»);

- уровень и структура смертности населения (только при расчете норматива паллиативной медицинской помощи).

Для помощи, оказываемой участковыми врачами-терапевтами и иными участковыми врачами первичного звена, из числа факторов дифференциации исключается структура заболеваемости, учитывается только ее общий уровень.

Процессы расчета дифференцированных нормативов частично регулируются федеральной ПГГ, а также разъяснениями Минздрава России и Федерального фонда ОМС, однако большинство решений остается за субъектами РФ.

Общие методические подходы к установлению дифференцированных нормативов предлагают дополнительно учитывать фактическое выполнение ранее установленных объемов МП по данным форм статистического наблюдения не менее чем за 3 года, предшествующих текущему. В качестве демографических характеристик предлагается использовать только распределение населения по полу и возрасту (дети, взрослые в возрасте 18–64 лет, пожилые в возрасте 65 лет и старше). Методики корректировки общими методическими подходами не установлены.

Отдельные уточнения по порядку применения и методам корректировки приводятся в разделах разъяснений, посвященных отдельным видам МП. Тем не менее механизмы учета большинства факторов дифференциации остаются неформализованными и реализуются субъектами РФ по собственному усмотрению.

Также, за исключением корректировки нормативов объема специализированной МП, оказываемой в стационарных условиях, на соотношение взрослого и детского населения, конкретные методики разработки территориальных дифференцированных нормативов разъяснениями не устанавливаются.

#### Нормативы стоимости медицинской помощи / The cost of medical care regulation

Аналогично расчету нормативов объема медицинской помощи, расчет нормативов финансовых затрат начинается с установления средних нормативов на федеральном уровне. Перечень категорий МП, для которых установлены средние нормативы затрат, полностью идентичен перечню категорий, для которых регулируются объемы МП.



На базе федеральных средних нормативов субъекты РФ устанавливают территориальные дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу МП. На основе нормативов финансовых затрат на единицу МП и нормативов объемов МП в расчете на 1 жителя (1 застрахованного лица) рассчитываются подушевые нормативы финансирования ТПГГ в разрезе источников финансирования.

Наконец, на заключительном этапе исходя из ранее рассчитанных подушевых нормативов формируется общая стоимость территориальной программы в разрезе по источникам финансирования, видам и условиям оказания МП. На этом этапе новым фактором, определяющим потребность субъекта РФ в финансовом обеспечении текущего оказания МП, становится численность населения. Для бюджетной части ТПГГ расчеты проводятся по данным о численности населения по прогнозу на 1 января планируемого года, для территориальной программы ОМС – по данным о численности застрахованных лиц на 1 января предшествующего (текущего на момент расчетов) года. Нормативы финансовых затрат на единицу МП из средств ОМС должны учитывать коэффициент дифференциации (КД). Подушевой норматив финансирования ТПГГ представляет собой произведение среднего федерального норматива и КД. В свою очередь, КД учитывает различия в уровне обязательств субъекта РФ по выплате заработных плат и стоимости товаров и услуг. Особенности потребления МП в коэффициенте не отражены.

В состав подушевого норматива финансирования и стоимости ТПГГ в части, финансируемой за счет средств ОМС, не включаются средства на обеспечение выполнения территориальным фондом ОМС переданных функций, оплату МП, оказанную лицам, застрахованным на территории иных субъектов, оплату ряда мероприятий, направленных на улучшение качества и доступности МП (организация дополнительного профессионального образования медицинских работников, приобретение и ремонт медицинского оборудования, ликвидация кадрового дефицита, стимулирование выявления онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации). При этом подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС включает расходы на ведение дела и финансовое обеспечение стимулирующих выплат врачам.

Нормативы финансовых затрат на единицу МП и подушевой норматив финансирования ТПГГ из средств бюджета субъекта РФ должны учитывать целевой уровень заработной платы работников сферы здравоохранения, а также возможное увеличение затрат по иным статьям расходов. Подушевой норматив финансирования ТПГГ за счет бюджетных средств учитывает также расходы на оказание услуг организациями, деятельность которых не может быть измерена в объемах МП. Плановый размер таких расходов рассчитывается на основе данных за предыдущие периоды с учетом параметров прогноза на очередной год.

### АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДИКИ ПЛАНИРОВАНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТАМИ РФ / ALTERNATIVE METHODS OF PLANNING THE FINANCIAL SUPPORT OF THE HEALTHCARE SYSTEM BY THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION

#### Нормативы объема медицинской помощи / The scope of medical care regulation

Ключевая роль нормативов объема медицинской помощи в системе оценки финансовых потребностей в сфере здравоохра-

нения обусловила наибольший интерес независимых экспертов к данной теме. Наиболее популярными являются следующие направления совершенствования действующей методики.

#### Распространение действующей методики корректировки объемов специализированной медицинской помощи в условиях стационара по возрастам на иные виды и условия оказания медицинской помощи

В работах Н.А. Кравченко и В.Б. Розанова установлены коэффициенты потребления МП для детского и взрослого населения по профилям МП для числа амбулаторных посещений, пациенто-дней в ДС, числа госпитализаций и койко-дней в КС [3–5].

Для расчета предлагаются две формулы в зависимости от исходных данных. При известных абсолютной численности всего населения и абсолютной численности населения по основным возрастным группам:

$$h_{\text{общ}}^i = \frac{\sum(h_{\text{дет}}^i \times n_{\text{дет}} + h_{\text{взр}}^i \times n_{\text{взр}})}{N}, \quad (1)$$

где  $i$  – профиль медицинской помощи;  $h_{\text{общ}}^i$  – совокупный норматив числа госпитализаций из расчета на 1 тыс. жителей субъекта РФ;  $h_{\text{дет}}^i$  – федеральный средний норматив числа госпитализаций из расчета на 1 тыс. детского населения;  $h_{\text{взр}}^i$  – федеральный средний норматив числа госпитализаций из расчета на 1 тыс. взрослого населения;  $n_{\text{дет}}$  – численность детского населения субъекта РФ;  $n_{\text{взр}}$  – численность взрослого населения субъекта РФ.

Второй вариант расчета применяется при известных относительных долях детского и взрослого населения:

$$h_{\text{общ}}^i = \sum(h_{\text{дет}}^i \times \omega_{\text{дет}} + h_{\text{взр}}^i \times \omega_{\text{взр}}), \quad (2)$$

где  $i$  – профиль медицинской помощи;  $h_{\text{общ}}^i$  – совокупный норматив числа госпитализаций из расчета на 1 тыс. жителей субъекта РФ;  $h_{\text{дет}}^i$  – федеральный средний норматив числа госпитализаций из расчета на 1 тыс. детского населения;  $h_{\text{взр}}^i$  – федеральный средний норматив числа госпитализаций из расчета на 1 тыс. взрослого населения;  $\omega_{\text{дет}}$  – доля детского населения от общей численности населения субъекта РФ;  $\omega_{\text{взр}}$  – доля взрослого населения от общей численности населения субъекта РФ.

#### Расширение методики учета возрастных групп

В статье Е.В. Берсеновой и др. показано, что потребление первичной медико-санитарной помощи различается не только между возрастными группами, но также между мужчинами и женщинами, при этом группы одного возраста разных полов могут характеризоваться резкими различиями в уровне обращаемости [6]. Аналогичные выводы были получены при анализе по половозрастным группам обращаемости по профилю «травматология и ортопедия» [7]. А.П. Столбов и др. [8] предлагают методику расчета территориальных дифференцированных нормативов, близкую к ранее описанной Н.А. Кравченко и В.Б. Розановым [3–5] с выделением 36 половозрастных групп.

#### Разработка методики корректировки нормативов объема с учетом особенностей расселения и транспортной доступности медицинских организаций

В работах Н.А. Кравченко и В.Б. Розанова [3–5], С.А. Леонова и др. [9] предлагается использовать для учета особенностей расселения и транспортной доступности медицинских организа-

ций корректирующие коэффициенты сетевых нормативов ( $K_c$ ), утвержденные в составе ранее применявшейся методики оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ. Согласно методике  $K_c$  рассчитывается по формуле, интегрирующей преобразованные коэффициенты расселения и транспортной доступности [10]:

$$K_c = K_{рн} \times K_{тн}, \quad (3)$$

где  $K_c$  – корректирующий коэффициент сетевых нормативов;  $K_{рн}$  – преобразованный коэффициент расселения;  $K_{тн}$  – преобразованный коэффициент транспортной доступности.

Преобразованные коэффициенты расселения и транспортной доступности демонстрируют, насколько сильно условия в субъекте РФ отличаются от средних по РФ. Преобразованный коэффициент расселения рассчитывается по формуле:

$$K_{рн} = 1 + 0,3 \times (K_p - K_{p(мин)}) / (K_{p(макс)} - K_{p(мин)}), \quad (4)$$

где  $K_{рн}$  – преобразованный коэффициент расселения;  $K_p$  – коэффициент расселения по субъекту РФ;  $K_{p(макс)}$  – максимальное значение коэффициента расселения по субъектам РФ;  $K_{p(мин)}$  – минимальное значение коэффициента расселения по субъектам РФ.

Преобразованный коэффициент транспортной доступности по субъекту РФ рассчитывается по формуле:

$$K_{тн} = 1 + 0,5 \times \frac{K_t - K_{t(мин)}}{K_{t(макс)} - K_{t(мин)}}, \quad (5)$$

где  $K_{тн}$  – преобразованный коэффициент транспортной доступности по субъекту РФ;  $K_t$  – коэффициент транспортной доступности по субъекту РФ;  $K_{t(макс)}$  – максимальное значение коэффициента транспортной доступности из всех субъектов РФ;  $K_{t(мин)}$  – минимальное значение коэффициента транспортной доступности из всех субъектов РФ.

В свою очередь, исходные коэффициенты расселения и транспортной доступности определяются в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов РФ, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 670 [11].

Коэффициент расселения отражает удельную долю населения, проживающего в населенных пунктах с численностью постоянно-го населения до 500 человек, и рассчитывается по формуле:

$$K_{рi} = \frac{I_i + 1}{I + 1}, \quad (6)$$

где  $K_{рi}$  – коэффициент расселения в субъекте РФ, для которого проводится расчет;  $I_i$  – удельная доля населения, проживающего в населенных пунктах с численностью постоянного населения до 500 человек, в субъекте РФ, для которого проводится расчет (для определения удельной доли населения субъекта РФ, проживающего в горных районах, применяется коэффициент затрат 0,5, населения, проживающего в районах с ограниченными сроками завоза товаров, – 1,3);  $I$  – удельная доля населения, проживающего в населенных пунктах с численностью постоянного населения до 500 человек, в среднем по субъектам РФ (оба показателя на конец последнего отчетного года).

Коэффициент транспортной доступности субъекта РФ показывает плотность транспортных путей постоянного действия (желез-

ных дорог и автодорог с твердым покрытием) и рассчитывается по формуле:

$$K_{тдi} = (3 - 2 \times \frac{Z_i}{Z_{cp}}) \times N_{отдi}, \quad (7)$$

где  $K_{тдi}$  – коэффициент транспортной доступности в субъекте РФ, для которого проводится расчет;  $Z_i$  – плотность транспортных путей постоянного действия в субъекте РФ, для которого проводится расчет;  $Z_{cp}$  – плотность транспортных путей постоянного действия в среднем по РФ;  $N_{отдi}$  – удельная доля населения, проживающего в районах с ограниченными сроками завоза товаров и в горных районах, в субъекте РФ, для которого проводится расчет.

Н.А. Кравченко и В.Б. Розанов предлагают использовать корректирующий коэффициент сетевых нормативов напрямую. Итоговое значение нормативов объема стационарной МП рассчитывается как произведение территориального норматива объемов, ранее установленного с учетом демографической структуры населения, и корректирующего коэффициента сетевого норматива для данного субъекта РФ, амбулаторно-поликлинической МП – как частное от деления территориального норматива объемов, ранее установленного с учетом демографической структуры населения, на корректирующий коэффициент сетевого норматива для данного субъекта РФ. Это решение призвано отразить тот факт, что ухудшение транспортной доступности медицинских организаций отрицательно влияет на потребление МП [4].

В работе С.А. Леонова и др. обоснована необходимость использования исходных коэффициентов расселения и транспортной доступности, поскольку вариация корректирующего коэффициента сетевых нормативов лишь на 1,6% объясняется вариацией коэффициента расселения. Тем не менее пример расчетов приводится с использованием корректирующего коэффициента сетевых нормативов [9].

Тезис о снижении потребления первичной медико-санитарной помощи получил подтверждение в работе Е.В. Берсеновой и др. Авторы показали, что тип расселения (областной центр, районный город, сельская местность) оказывает сильное негативное влияние на обращаемость за первичной медико-санитарной помощью, при этом влияние типа расселения оказывается сильнее, чем влияние различий в уровне первичной заболеваемости [6].

### Нормативы стоимости медицинской помощи / The cost of medical care regulation

Независимые методики разработки нормативов стоимости медицинской помощи в ходе анализа литературных источников не обнаружены. По всей видимости, это объясняется небольшим числом регулярных связей между характеристиками населения и/или субъекта РФ и стоимостью МП, оказываемой за счет бюджета субъекта РФ. Подушевые нормативы финансового обеспечения ПГГ за счет средств ОМС фактически устанавливаются на федеральном уровне, их корректировка силами субъектов РФ не предусмотрена.

Тем не менее субъекты РФ часто вносят предложения по пересмотру методики расчета КД. Все принятые изменения были связаны с реализацией майских указов Президента РФ о повышении заработной платы медицинского персонала. В 2015 г. после обращения главы г. Москвы [12] было отменено ограничение на значение коэффициента уровня среднемесячной заработной платы  $i$ -го субъекта РФ (ранее – не более 1,7) [13]. Источником средств для увеличения размера субвенций были определены дополнительные доходы, возникшие в связи с отменой предельной величины базы для начисления страховых взносов на ОМС [14].

В 2018 г. в методику было внесено сразу несколько изменений [13].

1) Пересмотрены относительные веса компонентов заработной платы и уровня цен при расчете КД:

Было:

$$K_i = 0,6 \times \max(K_i^P; K_i^{3П}) + 0,4 \times ИБР_i, \quad (8)$$

где  $K_i^P$  – коэффициент расселения в  $i$ -м субъекте РФ;  $K_i^{3П}$  – коэффициент дифференциации заработной платы в  $i$ -м субъекте РФ;  $ИБР_i$  – индекс бюджетных расходов в  $i$ -м субъекте РФ.

Стало:

$$K_i = 0,7 \times \max(K_i^P; K_i^{3П}) + 0,3 \times ПР_i, \quad (9)$$

где  $K_i^P$  – коэффициент расселения в  $i$ -м субъекте РФ;  $K_i^{3П}$  – коэффициент дифференциации заработной платы в  $i$ -м субъекте РФ;  $ПР_i$  – коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг в  $i$ -м субъекте РФ.

Данное изменение было призвано отразить рост доли заработной платы до 70% стоимости базовой программы ОМС [15].

2) Расчет коэффициента заработной платы в тех же целях был дополнен учетом прогнозируемого темпа роста среднемесячной номинальной заработной платы.

3) Индекс бюджетных расходов был заменен коэффициентом ценовой дифференциации бюджетных услуг с расширением диапазона предельных значений:

Было:

$$ИБР_i = 0,55 \times K_i^{3П} + 0,10 \times K_i^{ЖКУ} + 0,35 \times K_i^Ц, \quad (10)$$

где  $ИБР_i$  – индекс бюджетных расходов в  $i$ -м субъекте РФ;  $K_i^{3П}$  – коэффициент дифференциации заработной платы в  $i$ -м субъекте РФ;  $K_i^{ЖКУ}$  – коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг в  $i$ -м субъекте РФ;  $K_i^Ц$  – коэффициент уровня цен в  $i$ -м субъекте РФ.

Индекс бюджетных расходов может принимать значения не ниже 1 и не выше 3.

Стало:

$$ПР_i = 0,22 \times K_i^{ЖКУ} + 0,78 \times K_i^Ц, \quad (11)$$

где  $ПР_i$  – коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг в  $i$ -м субъекте РФ;  $K_i^{ЖКУ}$  – коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг в  $i$ -м субъекте РФ;  $K_i^Ц$  – коэффициент уровня цен в  $i$ -м субъекте РФ.

Коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг мог принимать значения не ниже 1 и не выше 4,5. Данное изменение было инициировано главами дальневосточных регионов, индекс бюджетных расходов в которых превышал действовавшее ранее предельное значение. В результате изменений максимальный вклад различий в уровне стоимости бюджетных услуг увеличился с 1,2 до 1,35.

С учетом того что коэффициент уровня цен учитывает не только соотношение стоимости фиксированного набора товаров и услуг в  $i$ -м субъекте РФ к среднему по РФ, но и соотношение доли населения младше 17 лет и старше трудоспособного возраста в  $i$ -м субъекте РФ к среднему по РФ, коэффициент расселения населения (соотношение доли населения, проживающего в населенных пунктах с численностью населения менее 500 человек, в  $i$ -м субъекте РФ к среднему по РФ) и коэффициент транспортной доступности [10], повышение его веса привело к росту субвенций

для регионов с наиболее сложными природно-климатическими условиями и ограниченной транспортной доступностью.

С 2022 г. верхнее ограничение на размер коэффициента ценовой дифференциации планируется поднять до 5,5 в целях дофинансирования пяти субъектов РФ с наиболее высокими значениями коэффициента, превышающими данное ограничение (Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Магаданская обл., Ненецкий и Чукотский автономные округа) [16].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Неполностью формализованные требования к учету специфических особенностей регионов, а также отсутствие ясно сформулированных требований к обоснованию принимаемых решений открывают возможности для необоснованной дифференциации финансового обеспечения государственных гарантий, следствием которой может стать снижение качества или доступности медицинской помощи на отдельных территориях ниже приемлемого уровня.

Проведенный анализ действующих нормативных подходов к расчету объемов МП и финансового обеспечения системы здравоохранения РФ подтвердил недостаточность существующих норм законодательства для проведения объективной оценки потребностей субъектов РФ в финансировании текущих затрат на оказание МП. За редкими исключениями федеральное законодательство ограничивается установлением общих принципов и средних нормативов объемов и финансового обеспечения, корректировка которых осуществляется субъектами РФ в соответствии с установленным перечнем факторов дифференциации, но вне каких-либо требований к обязательному учету данных факторов и порядку такого учета.

Из всех перечисленных факторов формальная методика учета утверждена только для корректировки норматива объема койко-дней на 1 тыс. населения на возрастную структуру населения (соотношение взрослых и детей). Учет остальных факторов оставлено полностью на усмотрение субъектов РФ. Методики разработки средних нормативов, утверждаемых на федеральном уровне, не опубликованы.

Независимые эксперты чаще всего предлагают улучшить учет возможных факторов дифференциации за счет расширения корректировки по возрасту на все виды МП и перехода к большему числу половозрастных групп, а также включения в методику корректировок на уровень транспортной доступности медицинских организаций с использованием нормативов объема с учетом особенностей расселения и транспортной доступности медицинских организаций (коэффициентов сетевого норматива, расселения и транспортной доступности). Методики учета иных факторов в научной литературе не представлены, однако перспективными направлениями развития являются учет типа расселения и доли населения с хроническими заболеваниями.

Методики планирования финансовых затрат на единицу МП в законодательстве и научной литературе отсутствуют. Порядок расчета субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС на реализацию базовой программы ОМС предусматривает корректировку стоимости программы на коэффициент территориальной дифференциации, однако данный коэффициент учитывает только различия в уровне заработных плат медицинских работников и стоимости товаров и услуг (опосредованно включает транспортную доступность населенных пунктов на территории субъекта). Особенности половозрастной структуры, заболеваемости и смертности населения при определении размера субвенций не учитываются.



## ЛИТЕРАТУРА:

1. Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». URL: <https://base.garant.ru/73187132/> (дата обращения 17.08.2021).
2. Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400065890/> (дата обращения 17.08.2021).
3. Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Особенности формирования нормативов объема амбулаторно-поликлинической помощи для различных возрастных групп населения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013; 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/464/3> (дата обращения 17.08.2021).
4. Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Методологические подходы к формированию территориальных нормативов объема медицинской помощи. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013; 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/492/30/lang.ru/> (дата обращения 17.08.2021).
5. Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Унифицированная методика формирования дифференцированных повозрастных нормативов потребности населения в объемах стационарной медицинской помощи. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013; 6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/521/30/lang.ru/> (дата обращения 17.08.2021).
6. Берсенева Е.В., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Территориальные особенности обращаемости за первичной медико-санитарной помощью. *Вестник современной клинической медицины*. 2017; 10 (1): 43–7. [https://doi.org/10.20969/VSKM.2017.10\(1\).43-47](https://doi.org/10.20969/VSKM.2017.10(1).43-47).
7. Егизарян К.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Атаева Л.Ж. Территориальные особенности планирования необходимого объема медицинской помощи по профилям травматология и ортопедия. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2016; 11-12: 23–9.
8. Столбов А.П., Орлов С.А., Игнатьева М.В. Формирование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с учетом медико-демографических особенностей региона. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2017; 7-8: 11–6.
9. Леонов С.А., Перхов В.И., Титова И.А. и др. Дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий и их эквивалентные единицы, рассчитанные с учетом коэффициентов транспортной доступности и плотности расселения населения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2011; 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/325/30/lang.ru/> (дата обращения 17.08.2021).
10. Постановление Правительства РФ № 322 от 15.04.2009 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации». URL: <http://archive.government.ru/special/gov/results/7031/> (дата обращения 17.08.2021).
11. Постановление Правительства РФ от 22.11.2004 № 670 «О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации». URL: <https://base.garant.ru/187556/> (дата обращения 17.08.2021).
12. С. Собянин: Московский фонд ОМС получает из федерального на 10–15% меньше трансфертов, чем ему необходимо. URL: <https://www.mskagency.ru/materials/2144552> (дата обращения 17.08.2021).
13. Постановление Правительства РФ от 21.09.2015 № 1000 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71100430/> (дата обращения 17.08.2021).
14. Об изменениях в порядке распределения субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования. URL: <http://government.ru/docs/19830/> (дата обращения 17.08.2021).
15. О корректировке методики распределения субвенций субъектам Федерации на выполнение полномочий в сфере обязательного медицинского страхования. URL: <http://government.ru/docs/34442/> (дата обращения 17.08.2021).
16. Постановление Правительства РФ «О внесении изменения в методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74648338/> (дата обращения 17.08.2021).

## REFERENCES:

1. Decree of the Government of the Russian Federation No. 1610 of 07.12.2019 "On the Program of state guarantees of free medical care for citizens for 2020 and for the planning period of 2021 and 2022". Available at: <https://base.garant.ru/73187132/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
2. Decree of the Government of the Russian Federation No. 2299 of 28.12.2020 "On the Program of state guarantees of free medical care for citizens for 2021 and for the planning period of 2022 and 2023". Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400065890/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
3. Kravchenko N.A., Rozanov V.B. Features of standards forming volume outpatient care for different age groups in population. *Social Aspects of Population Health*. 2013; 2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/464/3> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
4. Kravchenko N.A., Rozanov V.B. Methodological approach towards development of territorial standards of health care capacity. *Social Aspects of Population Health*. 2013; 4. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/492/30/lang.ru/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
5. Kravchenko N.A., Rozanov V.B. Unified method of developing differentiated age-specific standard needs in volumes of inpatient medical care. *Social Aspects of Population Health*. 2013; 6. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/521/30/lang.ru/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
6. Berseneva E.A., Lalabekova M.V., Cherkasov S.N., Meshkov D.O. Topical issues of primary health care incidence. *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2017; 10 (1): 43–7 (in Russ.). [https://doi.org/10.20969/VSKM.2017.10\(1\).43-47](https://doi.org/10.20969/VSKM.2017.10(1).43-47).
7. Egizaryan K.A., Lalabekova M.V., Cherkasov S.N., Attaeva L.Zh. Territorial features of planning of necessary volumes of the medical care on the profile traumatology and orthopedics. *Health Care Standardization Problems*. 2016; 11-12: 23–9 (in Russ.).
8. Stolbov A.P., Orlov S.A., Ignatyeva M.V. The formation of the territorial program of state guarantees of free rendering to citizens of medical aid taking into account demographic and health characteristics of the region. *Health Care Standardization Problems*. 2017; 7-8: 11–6 (in Russ.).
9. Leonov S.A., Perkhov V.I., Titova I.A. Differentiated standards of



- medical care level linked to the programs of state guarantees; their equivalent units calculated with consideration to accessibility through transport and density of population settlement. *Social Aspects of Population Health*. 2011; 4. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/325/30/lang.ru/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
10. Decree of the Government of the Russian Federation No. 322 of 15.04.2009 "On measures to implement the Decree of the President of the Russian Federation No. 825 of June 28, 2007 'On evaluating the effectiveness of the executive authorities of the subjects of the Russian Federation'". Available at: <http://archive.government.ru/special/gov/results/7031/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
11. Decree of the Government of the Russian Federation No. 670 of 22.11.2004 "On the distribution of subsidies for equalizing the budget security of the subjects of the Russian Federation". Available at: <https://base.garant.ru/187556/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
12. Sergei Sobyenin: The Moscow CHI Fund receives 10–15% less transfers from the federal budget than it needs. Available at: <https://www.mskagency.ru/materials/2144552> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
13. Decree of the Government of the Russian Federation of 21.09.2015 No. 1000 "On amendments to the Resolution of the Government of the Russian Federation of May 5, 2012 No. 462". Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71100430/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
14. On changes in the order of distribution of subventions from the budget of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund. Available at: <http://government.ru/docs/19830/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
15. On adjustment of the methodology of distribution of subventions to the subjects of the Federation for the performance of powers in the field of compulsory medical insurance. Available at: <http://government.ru/docs/34442/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).
16. Decree of the Government of the Russian Federation "On amendments to the methodology for the distribution of subventions provided from the budget of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund for the performance of the powers transferred to the state authorities of the subjects of the Russian Federation in the field of compulsory medical insurance". Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74648338/> (in Russ.) (accessed 17.08.2021).

#### Сведения об авторах

*Ковалева Светлана Андреевна* – главный специалист отдела методологического обеспечения способов оплаты медицинской помощи ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи», старший научный сотрудник Центра финансов здравоохранения ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Минфина России (Москва, Россия).

*Федяев Денис Валерьевич* – научный сотрудник лаборатории оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, научный сотрудник Центра финансов здравоохранения ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Минфина России, начальник отдела сбора, обработки и анализа показателей финансового обеспечения здравоохранения ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (Москва, Россия). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-8977-5934>; WoS Researcher ID: W-3848-2019, Scopus Author ID: 57206481925; РИНЦ SPIN-код: 6864-5660. E-mail: [fediaev@rosmedex.ru](mailto:fediaev@rosmedex.ru).

*Сисигина Наталья Николаевна* – научный сотрудник Центра налоговой политики ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Минфина России, младший научный сотрудник Института социального анализа и прогнозирования ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (Москва, Россия). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-9130-2343>; WoS Researcher ID: X-4298-2019, Scopus Author ID: 57205304532.

#### About the authors

*Svetlana A. Kovaleva* – Chief Specialist, Department of Methodological Support of Payment Methods for Medical Care, Center for Expertise and Quality Control of Medical Care; Senior Researcher, Health Finance Center, Financial Research Institute (Moscow, Russia).

*Denis V. Fedyayev* – Researcher, Laboratory for Technology Assessment in Healthcare, Institute of Applied Economic Research, Center for Expertise and Quality Control of Medical Care; Researcher, Health Finance Center, Financial Research Institute; Head of the Department for Collecting, Processing and Analyzing Indicators of Financial Support for Healthcare, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Moscow, Russia). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-8977-5934>; WoS Researcher ID: W-3848-2019, Scopus Author ID: 57206481925; RSCI SPIN-code: 6864-5660. E-mail: [fediaev@rosmedex.ru](mailto:fediaev@rosmedex.ru).

*Natalia N. Sisigina* – Researcher, Tax Policy Center, Financial Research Institute; Junior Researcher, Institute of Social Analysis and Prognosis, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Moscow, Russia). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-9130-2343>; WoS Researcher ID: X-4298-2019, Scopus Author ID: 57205304532.