

УДК 336.14

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Алена Андреевна Акулинцева

студент

akylaalena68@gmail.com

Елена Сергеевна Сутормина

кандидат экономических наук

lena.sutormina.85@mail.ru

Сергей Андреевич Верховцев

студент

sergeimich1973@gmail.com

Мичуринский государственный аграрный университет

г. Мичуринск, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются особенности механизма финансирования учреждений здравоохранения в России, основанного на гибридной бюджетно-страховой модели. Проведен анализ структуры доходов и расходов на примере конкретного лечебно-профилактического учреждения. Выявлены системные проблемы, такие как хроническое недофинансирование, диспропорции в распределении ресурсов и несовершенство тарифной политики ОМС. На основе анализа предложены ключевые направления совершенствования финансового обеспечения, включающие переход на подушевое финансирование, внедрение оплаты за результат и цифровизацию финансовых потоков.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, обязательное медицинское страхование (ОМС), бюджетные средства, план финансово-

хозяйственной деятельности (ПФХД), страховые модели, эффективность расходов.

Финансовое обеспечение здравоохранения является краеугольным камнем социальной политики любого государства, непосредственно влияя на качество и доступность медицинской помощи, демографические показатели и качество жизни населения. В Российской Федерации система финансирования здравоохранения представляет собой сложный, многоканальный механизм, сформировавшийся в результате серии реформ и продолжающий эволюционировать. Актуальность исследования обусловлена сохраняющимися дисбалансами в системе: несмотря на увеличение бюджетных ассигнований и развитие страховых принципов, ключевые проблемы – такие как дефицит финансирования, региональное неравенство и низкая эффективность использования средств – остаются острыми.

Финансирование здравоохранения представляет собой систему мобилизации и распределения ресурсов для обеспечения медицинской помощи, сохранения здоровья населения и развития инфраструктуры. В мировой практике исторически сложились три доминирующие модели (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика моделей финансирования учреждений здравоохранения.

Критерий	Модель Бевериджа (бюджетная)	Модель Бисмарка (страховая)	Частно-рыночная модель
Страны-примеры	Великобритания, Испания, Скандинавские страны	Германия, Франция, Швейцария	США, Колумбия, Мексика
Источники финансирования	Общие налоги ($\geq 75\%$ госрасходов)	Страховые взносы работодателей/работников + бюджетные субсидии	Частные страховки (ДМС), оплата из кармана (до 75% в бедных странах)
Роль государства	Главный покупатель и поставщик услуг; централизованное планирование	Регулятор тарифов и стандартов; гарант для уязвимых групп	Ограниченная (только программы для бедных/пенсионеров, напр. Medicare в США)
Механизм оплаты учреждений	Сметное финансирование; блочные гранты	Оплата через страховые фонды по тарифам за услугу/случай	Прямые выплаты пациентами или страховыми компаниями
Сильные стороны	<ul style="list-style-type: none"> • Высокая социальная справедливость • Низкие 	<ul style="list-style-type: none"> • Финансовая стабильность за счет целевых взносов 	<ul style="list-style-type: none"> • Инновации за счет рыночной конкуренции

	административные издержки (7-9% бюджета) • Фокус на профилактике (доля расходов до 15%)	• Конкуренция между поставщиками услуг • Гибкость в выборе врача	• Минимальные очереди
Слабые стороны	• Очереди (напр., 20% пациентов в УК ждут >4 недель) • Дефицит финансирования при кризисах	• Высокие административные расходы (до 12-15%) • Риск фрагментации услуг	• Катастрофические расходы для 10% домохозяйств • Неравенство доступа (30% населения без страховки в США)
Результаты для здоровья	Средняя ОПЖ: 81-83 года	Средняя ОПЖ: 80-82 года	ОПЖ в США: 78.5 лет (ниже среднего по ОЭСР)

Российская система является гибридной (многоканальной), сочетающей элементы как бюджетной (Бевериджа), так и страховой (Бисмарка) модели (рисунок 1).

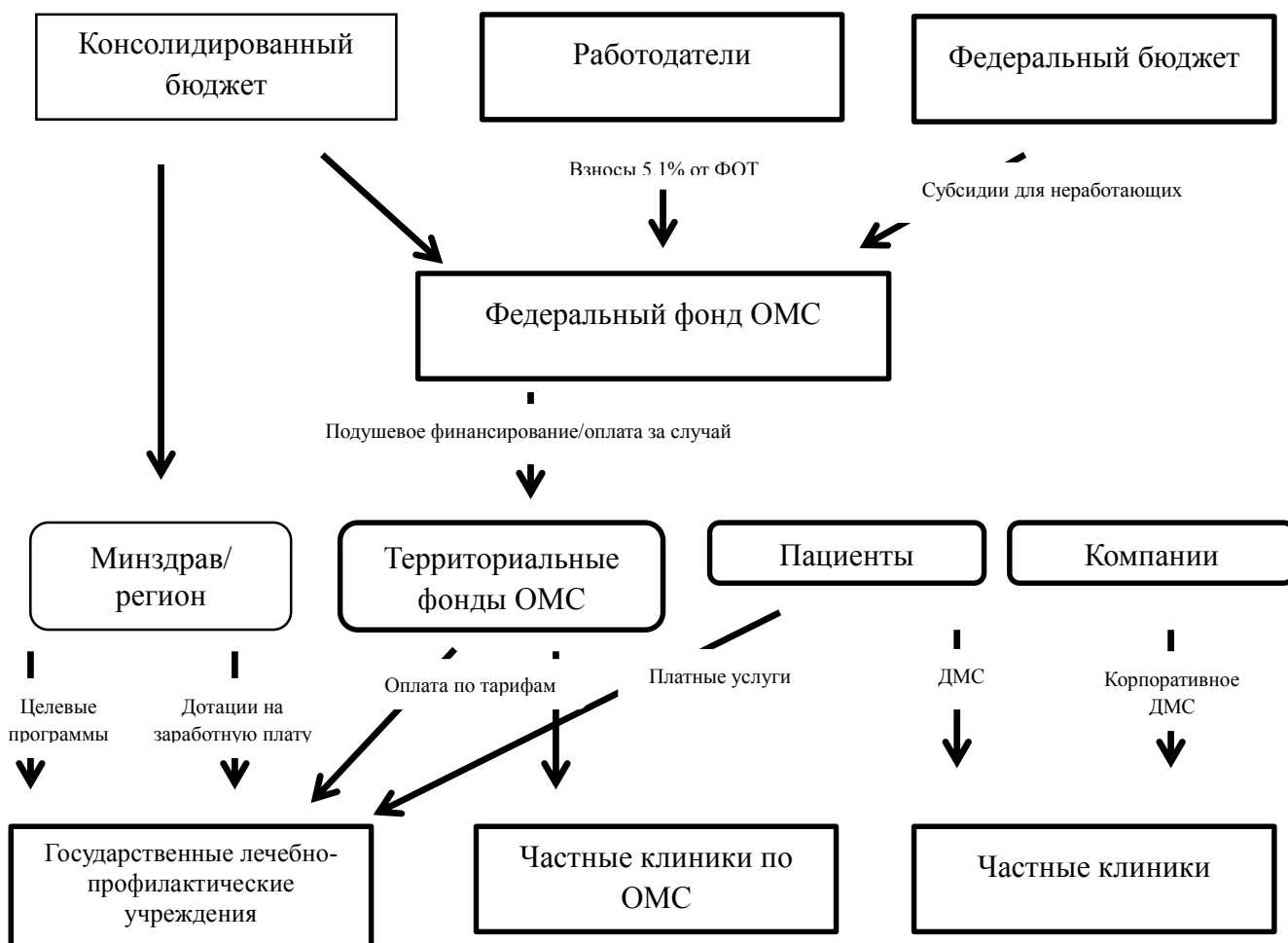


Рисунок 1 – Распределение потоки финансирования при многоканальной или смешанной модели финансирования.

Формально с 1993 года декларируется переход к одноканальному финансированию через систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако на практике сохраняется смешанное финансирование из нескольких источников, поскольку тарифы ОМС зачастую не покрывают реальную стоимость услуг, особенно в регионах.

Основные источники формирования финансовых ресурсов учреждений здравоохранения в России:

1. Средства обязательного медицинского страхования (ОМС): ключевой источник операционного финансирования (60-70%), поступающий за оплату законченных случаев лечения, подушевое финансирование.

2. Бюджетные ассигнования (федеральные, региональные, местные): обеспечивают выполнение государственного задания (субсидии), капитальные вложения, содержание инфраструктуры, выплаты заработной платы по отдельным статьям.

3. Доходы от оказания платных услуг (ПМУ) и иной приносящей доход деятельности: выступают как критически важный дополнительный источник для покрытия дефицита финансирования, развития материально-технической базы и стимулирования персонала.

Главным системным противоречием является несоответствие между государственными гарантиями бесплатной медицинской помощи и объемом их финансового обеспечения. По данным ВОЗ, для эффективного функционирования системы здравоохранения необходимо финансирование на уровне 6-8% ВВП. В России этот показатель в течение последних лет не превышает 3,8-4% ВВП (рисунок 2), что значительно ниже не только развитых стран, но и среднемирового уровня.

Анализ финансово-хозяйственной деятельности Тамбовского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ТОГБУЗ) «Городская больница им. С.С. Брюхоненко г. Мичуринска» позволяет наглядно увидеть особенности и проблемы действующего механизма.

Проведенные исследования показывают, что более 95% в структуре доходов от приносящей доход деятельности составляют средства ОМС. Значительный рост доходов в 2024 году связан как с увеличением объемов помощи, так и с реорганизацией (присоединением других учреждений). При этом доля платных услуг, хотя и выросла в абсолютном выражении, остается относительно невысокой, что характерно для большинства государственных учреждений в регионах.

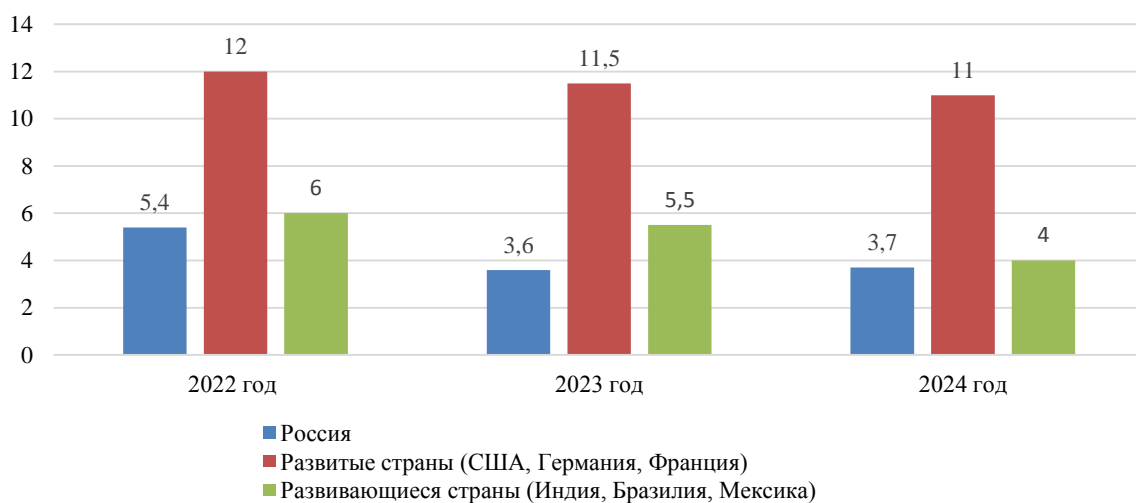


Рисунок 2 – Объем расходов на здравоохранение в России, в развитых и развивающихся странах, в % к ВВП.

Анализ расходов выявляет преобладание затрат на оплату труда, что соответствует общемировой практике в здравоохранении. В 2024 году расходы на оплату труда и начисления составили 615 805,1 тыс. руб., что более чем в два раза превысило уровень 2022 года (в значительной степени из-за реорганизации). Чистый операционный результат учреждения в 2022 и 2024 годах был отрицательным, что сигнализирует о финансовой напряженности и неполном покрытии затрат текущими поступлениями.

Ключевым документом оперативного финансового управления является План финансово-хозяйственной деятельности (ПФХД), который строго регламентирует источники поступления и направления расходования всех средств. ПФХД составляется на три года и служит основой для контроля со стороны учредителя и контролирующих органов.

Проведенный анализ позволяет сформулировать ключевые проблемы системы финансирования здравоохранения в РФ:

1. Хроническое недофинансирование. Объем выделяемых ресурсов (особенно бюджетных) не соответствует реальным потребностям для выполнения гарантий государства. Тарифы ОМС зачастую покрывают лишь 70-80% реальной себестоимости услуг.

2. Диспропорции и неравенство. Существует значительный разрыв в финансовом обеспечении между регионами, между городскими и сельскими учреждениями, между разными профилями медицинской помощи.

3. Неэффективность и непрозрачность. Сложные механизмы взаиморасчетов между участниками системы ОМС (ФОМС, СМО, медучреждения), избыточная административная нагрузка, связанная с планированием и отчетностью.

4. Слабая ориентация на результат. Действующие модели оплаты (за отдельные услуги, койко-дни) слабо стимулируют повышение качества помощи, профилактику и достижение конкретных результатов лечения.

В качестве приоритетных направлений совершенствования механизма финансирования можно предложить:

1. Реформа моделей оплаты медицинской помощи:

- в стационаре полный переход на оплату по клинико-статистическим группам вместо оплаты за койко-день, что стимулирует оптимизацию сроков лечения;

- в амбулаторном звене целесообразно рассмотреть внедрение подушевого финансирования с фиксированной суммой на прикрепленного пациента, создающее стимулы для профилактики и раннего выявления заболеваний.

2. Совершенствование тарифной политики ОМС на основе регулярного и экономически обоснованного пересмотра тарифов с учетом инфляции, реальной стоимости ресурсов и внедрения новых технологий. Обеспечение прозрачности методик расчета.

3. Цифровизация финансовых потоков и управленческих процессов на основе внедрения интегрированных информационных систем для автоматизации учета услуг, управления ресурсами, формирования ПФХД. Развитие электронного документооборота между всеми участниками системы.

4. Повышение финансовой автономии и ответственности учреждений, предполагающее расширение прав руководителей ЛПУ в гибком использовании собственных доходов (в рамках закона) на развитие и материальное стимулирование персонала. Усиление ответственности за результаты финансово-хозяйственной деятельности.

Таким образом, финансирование учреждений здравоохранения в России представляет собой сложную, многоуровневую систему, находящуюся в состоянии постоянного реформирования. Несмотря на формальное доминирование страховых принципов (ОМС), система сохраняет сильную зависимость от бюджетных ассигнований и вынуждена активно привлекать средства от платных услуг для поддержания устойчивости.

Основными вызовами остаются недостаточный объем финансирования в целом по отношению к ВВП, внутренние диспропорции и несовершенство стимулирующих механизмов в рамках ОМС. Реальное повышение эффективности и качества медицинской помощи невозможно без глубокой модернизации самого механизма финансирования. Перспективы связаны с последовательным переходом к экономически обоснованным, ориентированным на результат моделям оплаты (КСГ, подушевое финансирование), активной цифровизацией, повышением прозрачности и ответственности. Успех этих преобразований требует скоординированных действий со стороны государства, страхового сообщества, региональных властей и самих медицинских организаций.

Список литературы:

1. Воронина Л. П. Управление финансами учреждений здравоохранения // Муниципалитет: экономика и управление. 2019. № 3(28). С. 57-67. EDN WWUFMY.
2. Долбня Е. А., Кудряшова И. А., Васильева Д. Н. Проблемы финансового обеспечения учреждений системы здравоохранения Кемеровской области - Кузбасса и основные направления бездефицитного финансирования // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2024. Т. 5. № 3. С. 36-41. EDN DOBUPW.
3. Кириллова С. С., Сухарев А. И., Родюкова А. С. Финансирование учреждений здравоохранения муниципального уровня // Наука и Образование. 2019. Т. 2. № 1. EDN VWLNAM.
4. Сигал А. В., Жуков В. Д. Улучшение финансирования деятельности учреждений здравоохранения республики Крым и цифровизация // Тенденции развития Интернет и цифровой экономики: Труды V Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, Симферополь-Алушта, 02–04 июня 2022 года. Симферополь: Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского. 2022. С. 50-51. EDN QVQEVG.

UDC 336.14

FEATURES OF FINANCIAL RESOURCES MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Alyona An. Akultseva

student

akylaalena68@gmail.com

Elena S. Sutormina

candidate of economic sciences

lena.sutormina.85@mail.ru

Sergey An. Verkhovtsev

student

sergeimich1973@gmail.com

Michurinsk State Agrarian University

Michurinsk, Russia

Abstract. The article discusses the features of the mechanism for financing healthcare institutions in Russia, which is based on a hybrid budgetary-insurance model. The article analyzes the structure of income and expenses using the example of a specific healthcare institution. The article identifies systemic problems, such as chronic underfunding, disproportionate distribution of resources, and imperfections in the mandatory health insurance tariff policy. Based on the analysis, the article proposes key areas for improving financial support, including the transition to per capita funding, the introduction of payment for results, and the digitalization of financial flows.

Keywords: healthcare financing, compulsory health insurance (CHI), budget funds, financial and economic activity plan (FEAP), insurance models, cost-effectiveness.

Статья поступила в редакцию 09.12.2025; одобрена после рецензирования 20.12.2025; принята к публикации 29.12.2025.

The article was submitted 09.12.2025; approved after reviewing 20.12.2025; accepted for publication 29.12.2025.