

Научная статья
УДК [336:13.012.24]
<https://doi.org/10.24143/2073-5537-2023-1-72-85>
EDN UIDPGI

Внутренний финансовый контроль в учреждениях здравоохранения РФ

*Равиль Каримович Арыкбаев¹, Эльмира Камильбековна Салахова²✉,
Анна Александровна Корешкова³*

^{1, 2}*Астраханский государственный технический университет,
Астрахань, Россия, elm-salahova@mail.ru*✉

³*Александро-Мариинская областная клиническая больница,
Астрахань, Россия*

Аннотация. В настоящий момент времени качественное управление деятельностью любого экономического субъекта хозяйствования невозможно без внедрения действенной системы внутреннего финансового контроля, целью которого является повышение эффективности деятельности организации, оценка результативности работы менеджеров, выявление и предотвращение неблагоприятных рисков, сокращение непроизводительных затрат. Выявлено, что проведенные преобразования системы здравоохранения РФ не устранили неравномерную доступность и недостаточно высокое качество оказания медицинских услуг населению, слабую степень ответственности органов власти за здоровье нации, недостаточное ресурсное обеспечение и медленное развитие инфраструктуры медицинских учреждений. Проведена оценка материально-технической базы, рассмотрена обеспеченность отечественного здравоохранения трудовыми ресурсами, проанализирована динамика объемов и структура системы финансирования медицинских учреждений, а также отмечено влияние результатов деятельности учреждений здравоохранения на показатели здоровья населения РФ. Систематизированы и содержательно охарактеризованы перспективные направления формирования внутреннего финансового контроля расходов медицинских учреждений с использованием риск-ориентированного подхода, обеспечения достаточного объема финансирования здравоохранения путем внедрения различных рыночных инструментов и привлечения частного бизнеса в сферу оказания медицинских услуг. Организация медицинской помощи и охрана здоровья населения традиционно осуществляется государственными органами, однако для повышения уровня качества и доступности медицинских услуг широким слоям населения в любом регионе России и внедрения рыночного механизма конкуренции при распределении бюджетных средств допускается государственно-частное партнерство в данной социальной сфере. Участие частных коммерческих учреждений в здравоохранении должно происходить под действенным финансовым контролем общества и государственных структур.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, внутренний финансовый контроль, риск-ориентированный подход, обязательное медицинское страхование, медицинская помощь

Для цитирования: Арыкбаев Р. К., Салахова Э. К., Корешкова А. А. Внутренний финансовый контроль в учреждениях здравоохранения РФ // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. 2023. № 1. С. 72–85. <https://doi.org/10.24143/2073-5537-2023-1-72-85>. EDN UIDPGI.

Original article

Internal financial control in healthcare institutions of Russian Federation

Ravil K. Arykbaev¹, Elmira K. Salakhova²✉, Anna A. Koreshkova³

^{1, 2}*Astrakhan State Technical University,
Astrakhan, Russia, elm-salahova@mail.ru*✉

³*Alexander-Mariinsky Regional Clinical Hospital,
Astrakhan, Russia*

Abstract. Nowadays, high-quality management of the activities of any economic entity is impossible without an effective system of internal financial control, the purpose of which is to increase the efficiency of the organization, eval-

uate the effectiveness of managers, identify and prevent adverse risks, reduce unproductive costs. It was found that the transformations of the healthcare system of the Russian Federation did not eliminate the uneven availability and insufficiently high quality of medical services to the population, the weak degree of responsibility of the authorities for the health of the nation, insufficient resource provision and slow development of the infrastructure of medical institutions. The assessment of the material and technical base was carried out, the provision of domestic healthcare with human resources was considered, the dynamics of the volume and structure of the financing system of medical institutions were analyzed, and the impact of the results of the activities of healthcare institutions on the health indicators of the population of the Russian Federation was analyzed. Promising directions for the formation of internal financial control of expenses of medical institutions using a risk-based approach, ensuring financing of healthcare through the introduction of various market instruments, attracting private business to the provision of medical services to the population are systematized and characterized in a meaningful way. The organization of medical care and public health protection is traditionally carried out by state bodies, however, in order to improve the quality and accessibility of medical services by wide segments of the population in any region of Russia and the introduction of a market mechanism of competition in the allocation of budget funds, public-private partnership in this social sphere is allowed. The participation of private commercial institutions in healthcare should take place under the effective financial control of society and government agencies.

Keywords: healthcare financing, internal financial control, risk-oriented approach, compulsory medical health insurance, medical care

For citation: Arykbaev R. K., Salakhova E. K., Koreshkova A. A. Internal financial control in healthcare institutions of Russian Federation. *Vestnik of Astrakhan State Technical University. Series: Economics.* 2023;1:72-85. (In Russ.). <https://doi.org/10.24143/2073-5537-2023-1-72-85>. EDN UIDPGI.

Введение

Социальная отрасль здравоохранения тесно связана с экономикой, т. к. в процессе оказания медицинской помощи учреждения здравоохранения используют материальные, трудовые, финансовые, информационные и другие ресурсы [1].

В условиях развития рыночных отношений здоровье населения не имеет рыночной стоимости, не является товаром (вещью для обмена). Однако здоровье обладает огромной ценностью для общества и отдельного человека, является социально-экономическим понятием, поскольку на его укрепление, восстановление и сохранение затрачиваются большие ресурсы (финансовые, материальные, трудовые, информационные и др.) [2].

Совокупность социальных, экономических, политических, научных, медицинских, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и культурных мер по сохранению и укреплению здоровья (физического и психического) граждан, поддержанию их трудоспособности, оказанию медицинской помощи при ухудшении здоровья формирует систему здравоохранения. Право на охрану труда и здоровье индивидуума закреплено в Конституции Российской Федерации [3].

Таким образом, решение проблемы сохранения и укрепления здоровья граждан связывается с необходимостью осуществления строгого внутреннего финансового контроля за эффективностью деятельности учреждений здравоохранения.

Особенности организации и проведения внутреннего финансового контроля

Организация внутреннего финансового контроля зависит от масштабов и разнообразия видов деятельности, охвата их контрольными действия-

ми, сложности организационной структуры, совокупности и объема решаемых задач, стиля управления руководством, требований и понимания важности внутреннего контроля.

Основная цель финансового контроля заключается в обеспечении роста эффективности деятельности организации в целом путем реализации грамотной и рациональной политики в сфере финансов.

К задачам внутреннего финансового контроля относятся наблюдение за соблюдением в финансовой деятельности норм законодательства, обеспечение рационального использования имеющихся ресурсов и поиск скрытых резервов, контроль своевременности и правильности осуществления расчетов с бюджетом и другими контрагентами, предупреждение наступления процесса банкротства и неплатежеспособности организации [4].

Объекты внутреннего финансового контроля:

- имущество и обязательства организации;
- распоряжения (приказы) руководителя организации;
- штатно-трудовая дисциплина;
- первичные бухгалтерские документы и учетные регистры;
- факты хозяйственной жизни, отраженные в учетной системе;
- договоры и контракты (государственные, муниципальные, коммерческие) на приобретение товарно-материальных ценностей, аренду имущества, оказание платных услуг и т. п.;
- плановая документация – смета, бюджет, план и расчет (материально-технического снабжения, себестоимости, финансово-хозяйственной деятельности и т. п.);

– отчетность организации (статистическая, налоговая, бухгалтерская (финансовая), отраслевая и иная отчетность [5].

В процессе внутреннего финансового контроля применяются различные контрольные процедуры, подходы и действия – проверка, оценка и анализ:

- целесообразности осуществления затрат и эффективности использования финансовых ресурсов;
- эффективности динамики денежных средств, их планирования и расходования;
- потребностей бизнеса в финансовых ресурсах и необходимости их привлечения извне;
- эффективности финансовых вложений (инвестиционного портфеля);
- конкурентоспособности организации на рынке, эффективности методики ценообразования, систем скидок и бонусов;
- качества управления кредиторской и дебиторской задолженностью организации;
- объективности учета доходов от основной деятельности, возможности получения и увеличения прочих внереализационных доходов;
- риска банкротства и потери платежеспособности, финансовой устойчивости, ликвидности;
- резервов нормализации финансового состояния и минимизации возможных финансовых рисков;
- целесообразности и обоснованности страхования финансовых рисков.

При проведении внутреннего финансового контроля используются также такие методы контроля, как обследование, проверка и ревизия. К перечню процедур внутреннего финансового контроля относятся следующие контрольные действия:

- проверка законности совершаемых финансово-хозяйственных операций нормативными актами, внутренним регламентом;
- оценка правильности и подлинности первичной документации, ее отражение в учете;
- сверка и сравнение содержания первичной документации, составленной в различных подразделениях и службах организации, выявление ошибок и нарушений, проверка достоверности;
- проверка правильности и точности выполненных арифметических расчетов в первичном (документации) и книжном учете (регистрах);
- оценка соответствия данных бухгалтерского учета и показателей отчетности, их анализ.

Следует отметить, что порядок осуществления внутреннего финансового контроля закрепляется в Положении о внутреннем финансовом контроле отдельного приложения к Приказу об учетной политике организации на соответствующий период.

В содержании типового Положения о внутреннем финансовом контроле выделяют следующие разделы: «Общие положения»; «Система внутреннего финансового контроля»; «Организация внутреннего финансового контроля»; «Права, обязанности и ответствен-

ность субъектов внутреннего финансового контроля»; «Оформление результатов внутреннего финансового контроля»; «Права, обязанности и ответственность субъектов внутреннего финансового контроля»; «Заключительные положения» [6].

Список приложений к Положению по внутреннему финансовому контролю состоит:

- из графика проведения внутренних проверок финансово-хозяйственной деятельности организации (наименование контрольного мероприятия, время, период, ответственный исполнитель);
- программы внутренних проверок финансово-хозяйственной деятельности организации (объект проверки, проводимые мероприятия, ответственные лица);
- положения о комиссии по внутреннему финансовому контролю;
- плана проведения внутренних проверок и контрольных мероприятий финансово-хозяйственной деятельности организации на соответствующий год;
- образца акта проверки [6].

В методических рекомендациях по осуществлению внутреннего финансового контроля контрольные действия подразделяются на визуальные (изучение операций и документов), автоматические (использование прикладного программного обеспечения) и смешанные. Способами осуществления контрольных действий признаны выборочный и сплошной. К методам внутреннего финансового контроля отнесены самоконтроль, контроль по уровню подчиненности, смежный контроль, контроль по уровню подведомственности [7].

Важное значение в процессе осуществления внутреннего финансового контроля уделяется управлению рисками. Вероятность наступления определенных событий ввиду несоблюдения установленных норм, требований приводит к потенциально-отрицательным последствиям различной степени тяжести. Процесс управления рисками включает 4 этапа: идентификацию, анализ, минимизацию и мониторинг. Основная характеристика риска – его неопределенность.

По оценкам специалистов в области внутреннего контроля, риск-ориентированный подход обеспечивает рост эффективности деятельности субъектов внутреннего финансового контроля. При данном подходе выбор периодичности, продолжительности и формы (интенсивности) осуществления контрольных и превентивных мероприятий внутреннего финансового контроля осуществляется путем отнесения объекта контроля к соответствующему классу риска, степени опасности недостижения целей организации. Идентификация рисков, их классификация, оценка влияния на конечные результаты финансово-хозяйственной деятельности организации характеризуют риск-ориентированный внутренний финансовый контроль. Сотрудники службы внут-

ренного финансового контроля акцентируют свое внимание не на выявлении допущенных нарушений и ошибок, а на предотвращении потенциального вреда и предполагаемых потерь для организации, на усилении собственной компетентности и информированности.

Характер проверок (объем и периодичность) зависит от уровня риска: жесткий контроль действий потенциальных нарушителей и ослабленный контроль добросовестных сотрудников. Особенно риск-ориентированный подход повышает эффективность внутреннего финансового контроля в организации со сложной организационной структурой, с множеством подразделений и филиалов, представительств, т. к. обосновывает уровень глубины и частоты проверок, неблагоприятных с позиции контроля подразделений и филиалов. Если при традиционном подходе подразделения охватываются контрольными мероприятиями в порядке очередности, то при риск-ориентированном подходе образцовые филиалы включаются в зону низкого контроля, а проблемные – в зону особого контроля [8].

Отказ от повышенного внутреннего финансового контроля по произошедшим неблагоприятным событиям (штрафы надзорных органов, авария, хищение) в условиях нерегулярных проверок позволит устранить или снизить степень влияния угроз на финансово-хозяйственную деятельность организации. При составлении плана проверок структурных подразделений (филиалов) можно учитывать в качестве потенциальных угроз парк машин, оборудования и степень опасности их ра-

боты, количество происшествий за период, объемы финансовых потоков, численность работников и т. п. Предупредительными мерами по результатам риск-ориентированного внутреннего финансового контроля могут стать повышение квалификации и профессионализма сотрудников, рост уровня техники безопасности и охраны труда, страхование, обновление парка машин и оборудования, а также другие превентивные мероприятия.

При осуществлении внешнего финансового контроля проверяющие субъекты проводят оценку эффективности системы внутреннего финансового контроля деятельности организации. Риск-ориентированный подход позволит организации получить высокую оценку уровня внутреннего финансового контроля.

Оценка состояния и развития системы здравоохранения в России

В табл. 1 отражена динамика ресурсов и приведены показатели деятельности организаций здравоохранения РФ за 2005–2020 гг. В рассматриваемом периоде количество больничных организаций неуклонно снижалось – почти в 2 раза, диспансеров – в 2,4 раза, домов ребенка – в 1,9 раза (число детей в них – в 3,3 раза), количество станций скорой медицинской помощи и стоматологических поликлиник сократилось на 1/3. За 11 лет наблюдается стабильное увеличение больничных организаций частной формы собственности – в 2,5 раза, амбулаторно-поликлинических организаций аналогичной формы собственности – в 2,3 раза.

Таблица 1

Table 1

Динамика сети и материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений России за 2005–2020 гг.*

Dynamics of the network and material and technical base of health care institutions in Russia in 2005-2020

Показатели	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
1. Количество больничных организаций, тыс.	9 479	6 308	5 433	5 257	5 130	5 065
Из них частной формы собственности	–	115	180	259	274	294
В том числе центральных районных больниц	1 734	1 754	1 426	1 361	1 325	1 316
– районных больниц, тыс.	267	191	415	418	416	409
– участковых больниц, тыс.	2 631	400	69	47	32	29
– число коек, всего, тыс.	1 575,4	1 339	1 222	1 172,8	1 173,6	1 188,8
– оборот (функция) койки, чел./1 койка	22,8	25,5	27,9	29,2	29,3	25,7
– число проведенных операций, тыс.	8 735	9 277	9 882	10 020	10 080	7 966
2. Число диспансеров	1 433	1 048	702	640	603	588
В том числе имеющих стационары	1 024	742	541	487	467	457
– число коек, тыс.	135	134,5	118,2	106,6	105,7	103,3
3. Количество домов ребенка	254	227	166	145	139	136
– число детей в них, чел.	20 621	17 483	1 0245	7 524	7 059	6 166
4. Число больниц скорой медицинской помощи, тыс.	45	49	48	49	49	49
– в них коек, тыс.	226	27,3	25,7	26,2	26,6	26,8

Показатели	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
5. Количество станций (отделений) скорой медицинской помощи, тыс.	3 276	2 940	2 561	–	–	–
6. Число амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав других организаций), тыс.	21 783	15 732	18 564	20 228	21 216	22 891
Из них частной формы собственности	–	2 753	3 749	4 866	5 335	6 234
– мощность, количество посещений в смену	3 638	3 685	3 861	3 998	4 072	4 147
– мощность на 10 000 чел. населения	256	257,9	263,5	272,4	277,5	283,7
– число проведенных операций, тыс.	6 062	5 822	5 661	5 564	5 683	4 629
7. Количество стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов), тыс.	887	802	670	613	597	578
8. Количество санаторно-курортных организаций, тыс.	2 173	1 945	1 878	1 755	1 777	1 752
– численность лечившихся и отдохнувших, тыс. чел.	6 348	6 049	6 476	6 880	7 231	4 479

* Составлено по [9].

Особенно резко за 15 лет произошло сокращение участковых больниц, число районных больниц возросло. Общее количество коек в больничных организациях сократилось на 1/4, однако оборот (функция) коек возрос на 28,5 %. Снизилось также количество проведенных хирургических вмешательств (операций).

Динамика показателей табл. 1 отражает результаты государственной политики преобразования системы здравоохранения в России, направленной на закрытие неэффективных, маломощных больничных организаций и их укрупнения; расширение диспансеризации населения и мер по профилактике заболеваний; формирование 3-уровневой системы медицинской помощи путем создания межрайонных диагностических центров и внедрение стационарозамещающей медицинской помощи [10].

По мнению аналитиков, необходимо пересмотреть политику или снизить темпы сокращения количества муниципальных больничных организаций, т. к. при неожиданном возникновении массо-

вого серьезного заболевания будет недостаточно ресурсов для оказания своевременной медицинской помощи всем заболевшим [11]. Например, так случилось в условиях пандемии COVID-19. Действующие региональные больничные организации правительством регионов в срочном порядке перепрофилируются в госпитали для приема зараженных, начинается строительство дополнительных корпусов больниц, увеличивается количество койко-мест, а больные с другими заболеваниями испытывают неудобства и зачастую не могут получить своевременную и полную необходимую медицинскую помощь. Более того, основная часть заболевших людей вынуждена лечиться дома, самостоятельно закупая необходимые лекарственные средства и оплачивая стоимость анализов на выявление заражения вирусной инфекцией.

Показатели обеспеченности трудовыми ресурсами системы здравоохранения России представлены в табл. 2.

Таблица 2

Table 2

Динамика трудовых показателей в системе здравоохранения РФ за 2005–2020 гг.*

Dynamics of labour factors in the healthcare system of the Russian Federation in 2005-2020

Показатели	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Численность занятых в области здравоохранения, всего, тыс. чел.	4 548	3 691,8	3 629,8	3 588,9	3 595	3 570,6
В % от занятых в экономике	6,8	5,4	5,02	5,05	6,2	6,3
Из них в государственных учреждениях	–	2 059,8	3 550,2	3 423,6	3 474,7	3 467,6
Численность врачей, всего, тыс. чел.	690	716	673	703,7	714,6	737,4
Численность врачей на 10 000 чел.	48,2	50,1	45,9	47,9	48,7	50,4
Численность среднего медицинского персонала, всего, тыс. чел.	1 530	1 509	1 550	1 491,4	1 491,3	1 490,5
Численность среднего медицинского персонала на 10 000 чел.	107,7	105,6	105,8	101,6	101,6	102

Показатели	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Среднемесячная заработная плата, начисленная работникам области здравоохранения, руб.	5 905,6	16 533	29 239	41 384	44 586	51 266
В % от средней заработной платы, начисленной в целом по экономике	69,03	78,9	85,9	94,65	93,1	99,9
Из них в государственных учреждениях	–	18 407	28 699	41 213	44 130	51 061
Принято студентов, тыс. чел., в сферу здравоохранения на начало учебного года (бакалавров, специалистов, магистров)	38,6	41,6	54,3	60,2	63,4	64,8

* Составлено по [12].

Численность работающих в данной сфере экономической деятельности неуклонно снижается, их доля в общем числе занятых в экономике также сократилась. За 2005–2020 гг. увеличилась численность врачей, а среднего медицинского персонала, наоборот, снизилась. Если рассмотреть данные показатели в расчете на 10 000 чел. населения, то снижение численности среднего медицинского персонала составило 5,7 ед. Динамика среднемесячной заработной платы работников здравоохранения имеет тенденцию к увеличению в анализируемом периоде. Динамика соотношения уровня

заработной платы медицинских работников к средней заработной плате занятых в экономике отражает сокращение разрыва между этими показателями: в 2005 г. разница составляла 31 %, а в 2020 г. эти показатели почти сравнялись.

В табл. 3 приведена динамика показателей здравоохранения в Астраханской области за 5 лет. Анализ тенденции отдельных показателей аналогичен динамике показателей по всей России: сокращается количество медицинских учреждений, численность врачей и среднего медицинского персонала.

Таблица 3

Table 3

Динамика основных показателей здравоохранения в Астраханской области за 2014–2020 гг.*

Dynamics of the main public health care figures in the Astrakhan region in 2014-2020

Показатели	2014 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Число стационарных медицинских организаций (больничных организаций, диспансеров, имеющих койки)	39	37	34	34	34
Число больничных коек, всего, тыс.	9,8	9,8	8,98	8,65	8,65
– коек для детей	1,5	1,4	1,3	–	–
– на 10 000 чел. населения	95,9	95,9	88,6	86	86,7
Число амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав больничных организаций)	171	154	154	159	169
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, тыс. посещений в смену	27,8	27,6	28,4	27,8	28,1
Численность врачей, всего, тыс. чел.	6,6	6,2	6,21	6,16	6,2
– то же на 10 000 чел.	64,4	60,8	61,2	61,2	62,1
Численность среднего медицинского персонала, всего, тыс. чел.	11,9	12,5	11,5	11,24	11,5
– то же на 10 000 чел.	116,3	122,9	113	111,7	115,1

* Составлено по [13].

Результаты деятельности организаций здравоохранения наглядно демонстрируют показатели общей продолжительности жизни и смертности населения страны (табл. 4). Показатели табл. 4 отражают постепенный рост ожидаемой продолжительности жизни населения страны при рождении за 16 лет на 6,2 года. Показатель смертности населения имеет

отрицательную динамику – снизился на 10 % за 2005–2020 гг., несмотря на сокращение естественной убыли населения (превышение случаев смерти над рождаемостью в расчете на 1 000 чел. с 5,9 в 2005 г. до 4,8 в 2020 г.). Количество пациентов с установленным впервые диагнозом по основным классам заболеваний за 2005–2018 гг. увеличилось, причем

наибольшую долю в их числе составляют болезни органов дыхания. Приостановление медицинскими учреждениями профилактической помощи населе-

нию в условиях пандемии 2020 г. привело к росту показателя убыли населения.

Таблица 4

Table 4

Динамика показателей здоровья населения РФ за 2005–2020 гг.*

Dynamics of people's health figures in the Russian Federation in 2005-2020

Показатели	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего населения, число лет	65,37	68,94	71,39	72,91	73,34	71,54
Число родившихся на 1 000 чел.	10,2	12,5	13,3	10,9	10,1	9,8
Число умерших на 1 000 чел.	16,1	14,2	13	12,5	12,3	14,6
Естественный прирост, убыль населения	-5,9	-1,7	0,3	-1,6	-2,2	-4,8
Заболееваемость населения по основным классам болезней, млн чел. (диагноз впервые)	105,89	111,43	113,9	114,8	114,5	111,3
– в том числе болезни органов дыхания	42	46,3	49,5	52,8	52,3	54,3
Заболееваемость COVID-19, млн чел.	–	–	–	–	–	5

* Составлено по [14].

Отечественное здравоохранение успешно боролось с новой коронавирусной инфекцией: были мобилизованы кадры на снижение уровня заболеваемости и смертности, исследована и зарегистрирована вакцина против COVID-19, разработаны актуальные клинические рекомендации и новые знания о лечении больных с коронавирусной инфекцией [15].

Переход системы здравоохранения России на обычный режим ставит перед лечебными и амбулаторными учреждениями новые задачи по перепрофилированию, увеличению плановых объемов медицинских услуг, перераспределению трудовых и финансовых ресурсов, повышению эффективности контроля рационального использования выделенных финансовых ресурсов на вакцинирование

и реабилитацию пациентов, диспансеризацию и проведение научных исследований в сфере здравоохранения.

Проблемы финансирования сферы здравоохранения России и пути их решения

Здоровье населения страны зависит от множества различных факторов (стресс, поведенческие факторы, экологическая обстановка, социально-экономические условия и т. п.). Немаловажную роль в изменении показателей, характеризующих здоровье населения, выполняет финансовое обеспечение системы здравоохранения [16].

Динамика и структура объемов финансирования сферы здравоохранения России в 2015–2020 гг. представлены в табл. 5.

Таблица 5

Table 5

Динамика финансирования здравоохранения России в 2015–2020 гг.*

Dynamics of health care financing in Russia in 2015-2020

Источники финансирования	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
1. Объем финансирования, млрд руб. (без учета межбюджетных трансфертов)				
Консолидированный бюджет РФ и бюджеты государственных внебюджетных фондов на здравоохранение	2 861	3 315,9	3 789,7	4 939,3
В том числе федеральный бюджет	516	537,3	713	1 334,4
– бюджеты государственных внебюджетных фондов	1 638,2	1 987,9	2 185,9	2 359,1
– консолидированные бюджеты субъектов РФ	1 355,8	950,8	1 167,2	2 002,1
– бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов	1 580,1	2 051,5	2 266	2 482,8
2. Объем финансирования, % от общего объема расходов соответствующего бюджета				
Консолидированный бюджет РФ и бюджеты государственных внебюджетных фондов на здравоохранение	9,6	9,7	10,1	11,6
В том числе федеральный бюджет	3,3	3,2	3,9	5,8
– бюджеты государственных внебюджетных фондов	16,5	17,9	18,9	18
– консолидированные бюджеты субъектов РФ	14,3	8	8,6	12,9
– бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов	99	99,3	99,4	99,4

Источники финансирования	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
3. Объем финансирования, % от ВВП				
Консолидированный бюджет РФ и бюджеты государственных внебюджетных фондов на здравоохранение	3,4	3,2	3,6	4,6
В том числе федеральный бюджет	0,6	0,5	0,7	1,2
– бюджеты государственных внебюджетных фондов	2	1,9	2	2,2
– консолидированные бюджеты субъектов РФ	1,6	0,9	1,1	1,9
– бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов	1,9	2	2,1	2,3
4. Платные услуги населению, млрд руб.				
– медицинские	528,4	677,7	723,1	693,8
– санаторно-курортные	110,5	124,8	127,2	85,5

*Составлено по [14].

Финансирование в широком смысле слова – это выделение из соответствующего источника денежных средств определенным субъектам (отраслям, региональным властям, организациям и учреждениям) на осуществление социально-экономических программ [1].

В анализируемом периоде наблюдается увеличение расходов федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов на финансирование деятельности организаций здравоохранения – на 73 %, доля расходов на здравоохранение в общей сумме расходов соответствующих бюджетов также существенно возросла. При рассмотрении динамики удельного веса суммы расходов на здравоохранение в ВВП РФ также можно наблюдать тенденцию к увеличению в бюджетах всех уровней.

Объемы платных услуг населению России также имеют тенденцию к росту: медицинские платные услуги – увеличение за 5 лет на 1/3; санаторно-курортные услуги, наоборот, – снижение на 23 %.

Источники финансирования деятельности учреждений здравоохранения России в настоящий момент времени:

- страховые взносы организаций-работодателей на обязательное медицинское страхование (ОМС) наемных работников;
- страховые взносы на ОМС неработающих граждан и расходы на здравоохранение из бюджетов субъектов РФ;
- межбюджетные трансферты (на выравнивание финансовых возможностей при осуществлении территориальных программ ОМС и реализации мероприятий по здравоохранению, не связанные с здравоохранением общие дотации субъектам РФ);
- добровольное медицинское страхование (ДМС);
- оказание платных услуг населению [17].

Историческая последовательность формирования механизма финансового обеспечения здравоохранения России представлена в табл. 6.

Таблица 6

Table 6

Этапы реформирования системы финансирования здравоохранения в России

Stages of health care financing reform in Russia

Период	Порядок формирования финансовых ресурсов на здравоохранение	Порядок использования финансовых ресурсов на здравоохранение
1990 г.	Двухканальная система финансирования – бюджетные средства и ОМС: 1) в территориальный фонд ОМС поступают средства: – от работодателей взносы за работников (3,4 % от Фонда оплаты труда); – от индивидуальных предпринимателей и самозанятых граждан; – из регионального бюджета за неработающих (размер и выплата не зафиксированы); 2) в Федеральный фонд ОМС – 0,2 % от Фонда оплаты труда страховых взносов работодателей	Средства территориальных фондов ОМС финансируют лечебный процесс (лекарственные препараты, заработная плата мед. персонала и начисления на нее, питание, мягкий инвентарь и т. п.). Из бюджета субъекта РФ – капитальные и часть текущих расходов (покупка оборудования, содержание зданий и т. п.); оказание социально-востребованной мед. помощи (ВИЧ-инфекции, психические и туберкулезные заболевания), обеспечение лекарствами определенных категорий больных
1999 г.	Федеральная программа гос. гарантий бесплатной мед. помощи (утв. Правительством РФ), территориальные программы гос. гарантий бесплатной мед. помощи (утв. Правительством субъекта РФ)	

Период	Порядок формирования финансовых ресурсов на здравоохранение	Порядок использования финансовых ресурсов на здравоохранение
2001 г.	Введение Единого социального налога (ЕСН): в Федеральный фонд – 0,8 % и в территориальный фонд ОМС – 2 % от Фонда оплаты труда	Федеральный фонд ОМС единолично контролирует уплату страховых взносов и их расходование, по нормативам распределяет ресурсы по регионам (субвенции на территориальную программу ОМС и региональную программу модернизации здравоохранения), связь объема субвенций с рациональным их использованием. В тариф ОМС включены все виды мед. помощи и заболеваний, все текущие расходы мед. учреждений, оказание высокотехнологичной мед. помощи. Из бюджета субъектов РФ финансируются капитальные вложения (на оборудование стоимостью выше 100 тыс. руб.) и капитальный ремонт, оказание социально-востребованной мед. помощи, лекарства для определенных категорий больных. Медицинские организации – самостоятельные хозяйствующие субъекты, которые планируют свои доходы и расходы, соблюдают платежную дисциплину
2006 г.	Программа гос. гарантий по спец. списку заболеваний (более 1 000), включая высокотехнологичную мед. помощь	
2010 г.	Отмена ЕСН, возврат к страховым взносам: в Федеральный фонд – 0,2 %, в территориальный фонд ОМС – 3,4 % от Фонда оплаты труда. Принятие Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ	
2011 г.	Введение одноканального финансирования. В Федеральный фонд ОМС поступают: страховые взносы от работодателей (5,1 % от Фонда оплаты труда); страховые взносы из бюджета субъекта РФ (средние фиксированные подушевые нормативы)	
2014 г.	Федеральный фонд ОМС выделяет субвенции в федеральный бюджет РФ для финансирования высокотехнологичной помощи, оказываемой федеральными мед. организациями	
2015 г.	Принятие Федерального закона «О государственно-частном партнерстве» от 13.07.2015 № 224-ФЗ [18]; пилотные проекты (проект ОМС + приобретение дополнительного полиса)	
2017 г.	В Программе гос. гарантий отмечена возможность субъекта РФ снижать подушевой норматив страховых взносов за неработающих в Федеральный фонд ОМС в зависимости от потребности в мед. помощи и состояния здоровья населения региона	
2017 г.	Передача налоговым органам полномочий администрирования страховых взносов на мед. страхование (Федеральный закон «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование» от 03.07.2016 № 243-ФЗ); Налоговый кодекс РФ (раздел XI, гл. 34)	
2019 г.	Закон о бюджете Федерального фонда ОМС: если объем страховых взносов работодателей ниже запланированного, то необходимо повысить тарифы страховых взносов за неработающих в Федеральный фонд ОМС из бюджета субъекта РФ, предусмотреть выделение из федерального бюджета субсидии на эти цели	

В 90-х гг. финансирование сферы здравоохранения осуществлялось из средств федерального и территориальных фондов ОМС, из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ, причем доля фондов ОМС постоянно увеличивалась.

Работодатели (предприятия и организации), индивидуальные предприниматели и самозанятые граждане осуществляли взносы в Федеральный фонд ОМС – 3,4 % от заработной платы, в территориальные фонды ОМС – 0,2 %. Исполнительные органы субъекта РФ перечисляли взносы за неработающих граждан, исходя из собственных возможностей определяли размер этих взносов и не всегда соблюдали платежную дисциплину по их перечислению в фонды. Средства федерального бюджета России в основ-

ном направлялись на финансирование федеральных (национальных) целевых программ, связанных с развитием здравоохранения РФ.

В 2001 г. уплата страховых взносов была заменена на ЕСН в соответствии с введением в Налоговый кодекс РФ одноименной гл. 24 ст. 234–245. Регрессивный характер ЕСН определял порог налоговой базы (заработной платы с начала года нарастающим итогом), достижение которого облагалось в твердой сумме или в твердой сумме и пониженным ставкам.

С 01 января 2010 г. ЕСН был отменен, страховые взносы восстановлены во внебюджетные фонды, ставки которых на ОМС были изменены: 0,2 % в Федеральный фонд и 3,4 % в территориальные

фонды ОМС [19]. В 2011 г. происходит переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения РФ для достижения финансовой устойчивости системы ОМС.

Причины изменения финансовых потоков в сфере здравоохранения заключались в необходимости укрепления ответственности субъектов РФ за полную, своевременную уплату страховых взносов за неработающих граждан по единым требованиям и нормативам, выделение субвенций регионам происходило на основе единых методик расчета по потребности в ресурсах для оказания медицинской помощи населению. Также предусматривалось обеспечение баланса территориальных программ ОМС, аккумуляция денежных средств в бюджете Федерального фонда ОМС для финансирования особо важных направлений развития здравоохранения.

В 2017 г. произошла передача функций администрирования страховых взносов во внебюджетные социальные фонды налоговым органам РФ. Администрирование заключается в полном контроле над своевременностью и полнотой перечисления страховых взносов.

Функции администрирования страховых взносов на ОМС за неработающее население, поступающие в доход Федерального фонда ОМС, переданы территориальным фондам ОМС [20]. В соответствии с федеральным законодательством величина страхового взноса за неработающее население определяется на базе общего тарифа (18 864,6 руб.) путем его корректировки на коэффициенты дифференциации по регионам (учет уровня средней заработной платы – от 0,333 до 1) и удорожания стоимости медицинских услуг (1,0816 на 2019 г.) [21]. В результате изменения потоков в финансировании здравоохранения РФ сформировалась сложная система финансовых взаимоотношений регионов с центром. Однако большая часть субъектов РФ не могут достичь достаточного объема доходной части своих бюджетов путем налогообложения, поэтому обязательства перед Федеральным фондом ОМС выполняют за счет трансфертов из федерального бюджета РФ.

Наиболее острыми проблемами системы здравоохранения России считаются следующие:

- неравномерное качество и доступность медицинских услуг по федеральным округам, субъектам РФ, муниципалитетам, сельскому и городскому населению, между богатыми и бедными гражданами;
- низкая реальная ответственность органов власти всех уровней за состоянием здоровья нации;
- слабое ресурсное обеспечение и развитие инфраструктуры (импортное оборудование, изделия и лекарственные средства);
- отсутствие единой системы охраны здоровья населения (снижение объема государственных расходов на здравоохранение, упор на финансирование больничных учреждений в ущерб амбула-

торно-поликлиническим организациям);

- кадровый дефицит в амбулаторном и профилактическом звене, недостаток высококвалифицированного персонала в стационарных медицинских учреждениях;

- неразработанность единой базы данных (информационного пространства, реестра) лекарств, мощностей, больных, застрахованных, телемедицины и т. п.);

- слабое развитие института контроля общества за системой охраны здоровья населения [17].

Насущная проблема в обеспечении системы здравоохранения России также заключается в ограниченности выделяемых обществом на эту сферу денежных средств, увеличении стоимости и спроса на медицинскую помощь населению.

По мнению отдельных аналитиков, в России наблюдается смешанная модель финансирования – денежные средства населения и финансовые ресурсы государства. Государственным финансированием охвачены реализация Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Программа госгарантий), содержание санитарно-эпидемиологических, образовательных, медицинских учреждений, осуществление инвестиций. Средства населения поступают оказывающим медицинскую помощь организациям напрямую или через систему ДМС. В 2018 г. личные средства населения составили 35 % от общего объема финансирования российского здравоохранения [22].

Основными принципами системы здравоохранения общепризнанно являются доступность, справедливость и эффективность. Исходя из этих принципов выделяют следующие аспекты в финансировании здравоохранения: аккумуляция средств на охрану здоровья населения, распределение общих средств между регионами, отдельными группами населения и видами заболеваний, по формам оказания медицинской помощи (профилактическая, амбулаторная и стационарная); механизм оплаты стоимости поставщикам медицинских услуг (государственным и частным организациям).

Федеративное устройство России требует распределения обязанностей финансового обеспечения здравоохранения между субъектами и Федерацией, это распределение должно быть основано на объективных критериях. Объединение финансовых ресурсов на уровне Федерации гарантирует равную доступность медицинской помощи населению всех регионов. Однако обязательный характер платежей в ОМС за неработающее население ставит в затруднительное положение отдельные регионы ввиду низкого уровня доходной части их бюджетов. В этих условиях субъекты РФ вынуждены надеяться на дотации и субвенции из федерального бюд-

жета. В настоящее время из 85 территориальных единиц верхнего уровня (субъектов РФ) не являются дотационными только 10 [16]. В расчете на душу населения средневзвешенная сумма расходов на здравоохранение в РФ на 2018 г. составила 16,4 тыс. руб., однако в 66 субъектах Федерации эта сумма была намного ниже. Данный показатель в 10-и самых обеспеченных регионах России, по сравнению с аналогичным показателем в 10-и малообеспеченных, выше почти в 2 раза (22,3 тыс. руб. против 12,6 тыс. руб.) [18].

При распределении финансовых ресурсов между формами оказания медицинской помощи следует отметить, что стоимость амбулаторных и профилактических услуг в разы ниже стоимости стационарной помощи. Распределение средств между различными по степени тяжести (смертности населения) с акцентом на приоритетные (сердечно-сосудистые, онкологические и т. п.) ущемляет интересы других групп населения, нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи, охране здоровья населения немаловажная роль уделяется государству. Однако в последнее время для повышения эффективности и качества медицинских услуг, привлечения дополнительных финансовых ресурсов предлагается использовать частный сектор. Усиление доли организаций частной формы собственности в здравоохранении требует недопущения ограничений в получении населением медицинской помощи и снижения качества оказываемых медицинских услуг.

Основная цель государственных медицинских учреждений – доступность здравоохранения для всех слоев населения. Цель частного бизнеса в секторе оказания медицинских услуг – получение максимальной возможной прибыли, которая напрямую зависит от возможностей населения оплачивать медицинскую помощь. В рыночных условиях государство не может игнорировать частную собственность в сфере оказания медицинских услуг, поэтому использует различные рыночные механизмы для решения общественных задач: конкуренцию в государственном секторе здравоохранения (квазирынок, внутренний рынок), обеспечение пациенту выбора медицинской организации или лечащего врача.

Противники внедрения конкуренции в такую социальную сферу, как здравоохранение, считают, что медицинская услуга особенно чувствительна, трудно связать успех лечения с конкретно оказанной медицинской услугой (вспомогательной или основной), выгодных пациентов будут выбирать частные клиники (рост неравенства в состоянии здоровья), а государственные – будут оказывать помощь всем желающим [17]. Также конкурентная борьба может привести к созданию дублирующих

дополнительных мощностей, возрастанию спроса на медицинские услуги за счет увеличения предложения, ликвидации естественных монополий в отдельных видах оказания медицинской помощи.

При использовании такого рыночного механизма, как квазирынок, происходит разграничение процессов финансирования и оказания услуги (работы). Сохранение государственного финансирования и оказание услуг частными и некоммерческими организациями (бесплатно для пациентов) позволит осуществлять государственный контроль над спросом на медицинские услуги и внедрить рыночный механизм конкуренции в сферу здравоохранения. С помощью квазирынка государство оптимально распределяет имеющиеся ресурсы между теми организациями, которые оказывают медицинскую помощь.

Практический опыт европейских стран в применении квазирынка в здравоохранении (контрактных взаимоотношений) продемонстрировал ряд нерешенных проблем:

- увеличение транзакционных издержек (затрат на внедрение квазирынка и институциональные изменения);
 - высокая степень неопределенности в расчете объема индивидуальных потребностей в медицинских услугах;
 - отсутствие информационной базы и организации контроля со стороны клиентов;
 - рост управленческих расходов и административного персонала;
 - недостаточное количество негосударственных медицинских учреждений, соответствующих необходимым критериям отбора (для заключения контракта с государством на оказание услуги);
 - негосударственные учреждения не всегда оказывали высококачественные медицинские услуги, не обеспечивали большой выбор пациентам, не были высокорентабельными;
 - потеря преемственности заботы о пациентах ввиду фрагментации медицинского обслуживания.
- Таким образом, считается, что конкуренция в здравоохранении позволит эффективно распределять финансовые ресурсы, а квазирынок сохранит государственное финансирование.

При оценке системы здравоохранения РФ можно применить 2 показателя: результативность и эффективность. Результативность связана с достижением зафиксированных в законодательстве и других политических документах параметров состояния здоровья нации. Состояние здоровья населения, степень доступности и качества медицинских услуг оставляют желать лучшего. Невыполнение установленных параметров связано с недостаточным финансированием здравоохранения. Эффективность связывает результат с потраченными на его достижение ресурсами. Система

здравоохранения России подстраивается под выделенные ресурсы, учитывает оплату населением платных медицинских услуг, личное финансирование. Государственные органы стремятся повысить эффективность собственных расходов, а средства населения на лечение расходуются неэффективно.

Для оценки эффективности инвестиционных расходов в здравоохранение предлагается использовать модель cost-effective – затратно-эффективность и рентабельность. При покупке нового оборудования, аппаратов и комплексов предлагается рассчитывать их окупаемость, влияние на продолжительность использования койко-места и качество оказания медицинской услуги. Также можно прогнозировать количество исследований пациентов с использованием данных аппаратов и комплексов. В финансировании медицинских организаций уделяется особое внимание таким количественным показателям, как количество проведенных процедур (оперативных вмешательств, диагностических вмешательств, манипуляций и т. п.), в ущерб результату лечения [1].

Выводы

1. Масштаб и разнообразие видов деятельности, охват их контрольными действиями, сложность организационной структуры, совокупность и объем решаемых задач, стиль управления руководством, требования и понимание важности внутреннего контроля оказывают существенное влияние на организацию внутреннего финансового контроля. Риск-ориентированный подход повышает качество проведения внутреннего финансового контроля в учреждении.

Список источников

1. Ясаева З. А. Проблемы финансирования здравоохранения РФ // Экономика и бизнес: теория и практика. 2019. № 12-3 (58). С. 163–166.
2. Хутаба С. Э. Проблема финансирования здравоохранения в условиях рыночной реформы. URL: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015010818> (дата обращения: 06.02.2023).
3. Рожественский К. Г., Макеенков А. В. Основные проблемы здравоохранения в Российской Федерации и пути их решения // Евразий. науч. об-ние. 2018. № 1-2 (35). С. 107–109.
4. Зозуля Т. Внутренний контроль – защита бизнеса // Плано-экон. отд. 2020. № 9 (117). С. 3–12.
5. Гусев А. Об организации внутреннего контроля в медицинском учреждении. URL: <https://yandex.ru/turbo/wiseeconomist.ru/s/poleznoe/114256-organizacii-vnutrennego-kontrolya-medicinskom-uchrezhdenii/> (дата обращения: 01.02.2023).
6. Положение о внутреннем финансовом контроле. URL: https://www.audar-info.ru/service/formBlank/view/sec_id/17/id/983 (дата обращения: 19.12.2022).
7. Об утверждении Методических рекомендаций по осуществлению внутреннего финансового контроля: Приказ Минфина РФ от 07.09.2016 № 356. URL:

2. Преобразования системы здравоохранения России в последние годы привели к снижению количества муниципальных учреждений, численности среднего медицинского персонала, несмотря на произошедший в последнее время существенный рост средней заработной платы данной категории медицинских работников, что в конечном счете привело к сокращению продолжительности жизни и росту показателя убыли населения.

3. Неравномерная доступность и качество оказания медицинских услуг населению, низкая ответственность исполнительной власти за здоровье нации, слабое ресурсное обеспечение и медленное развитие инфраструктуры медицинских учреждений во многом связаны с недостаточным бюджетным финансированием данной сферы и низким качеством финансового контроля расходов медицинских учреждений.

4. Сохраняются принципы финансирования здравоохранения РФ (аккумулирование финансовых ресурсов на охрану здоровья населения, их распределение между регионами, отдельными группами населения, видами заболеваний) по формам оказания медицинской помощи, механизму оплаты стоимости медицинских услуг.

5. В рыночных условиях государство не может игнорировать частную собственность в сфере оказания медицинских услуг, поэтому использует различные рыночные механизмы для решения общественных задач: конкуренцию в государственном секторе здравоохранения (квазирынок, внутренний рынок), обеспечение пациенту выбора медицинской организации или лечащего врача.

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71391064/> (дата обращения: 25.12.2022).
8. Орлова О. Е. Особенности внутреннего финансового контроля в бюджетном учреждении. URL: <https://www.audar-press.ru/vnutrennii-finansovyi-kontrol-ru> (дата обращения: 14.12.2022).
9. Здравоохранение в России. 2019: стат. сб. М.: Росстат, 2019. 170 с.
10. Шишкин С. В., Шейман И. М., Абдин А. А., Боярский С. Г., Сажина С. В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: докл. М.: Изд-во НИУ ВШЭ, 2016. 67 с.
11. Дмитриев Д. Актуальные проблемы здравоохранения России. URL: <https://fb.ru/article/456571/aktualnyie-problemyi-zdravoohraneniya-rossii> (дата обращения: 18.01.2023).
12. Труд и занятость в России. 2019: стат. сб. М.: Росстат, 2019. 135 с.
13. Астраханская область в цифрах: крат. стат. сб. Астрахань: Астраханьстат, 2022. 83 с.
14. Здравоохранение в России. 2021: стат. сб. М.: Росстат, 2021. 171 с.
15. Ступак В. С., Зубко А. В., Манюшкина Е. М., Кобякова О. С., Деев И. А., Енина Е. Н. Здравоохранение России в период пандемии COVID-19: вызовы,

системные проблемы и решение первоочередных задач // Профилактика. медицина. 2022. № 25 (11). С. 21–27.

16. Назаров В. С., Авксентьев Н. А. Российское здравоохранение: проблемы и перспективы // Финанс. журн. 2017. № 4. С. 9–23.

17. Тумусов Ф. С., Косенков Д. А. Современные тенденции в системе здравоохранения в Российской Федерации. М.: Изд. Гос. Думы, 2019. 80 с.

18. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 30.07.2015 № 224-ФЗ. URL: <https://baza.np.ru/gd-rf-zakon-n224-fz-ot13072015-h2547093/> (дата обращения: 04.02.2023).

19. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 03.02.2023).

20. Об утверждении Методических указаний по

осуществлению территориальными фондами обязательного медицинского страхования администрирования доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения: Приказ Федерального фонда ОМС от 17.04.2018 № 73. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71879112/> (дата обращения: 05.02.2023).

21. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения: Федеральный закон от 30.11.2011 № 354-ФЗ. URL: <https://base.garant.ru/12192464/> (дата обращения: 05.02.2023).

22. Улумбекова Г. Э., Гинойн А. Б., Калашникова А. В., Альвианская Н. В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg-/> (дата обращения: 20.01.2023).

References

1. Iasaeva Z. A. Problemy finansirovaniia zdavookhraneniia RF [Problems of health care financing in Russian Federation]. *Ekonomika i biznes: teoriia i praktika*, 2019, no. 12-3 (58), pp. 163-166.

2. Khutaba S. E. Problema finansirovaniia zdavookhraneniia v usloviakh rynochnoi reformy [The problem of healthcare financing in the context of market reform]. Available at: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015010818> (accessed: 06.02.2023).

3. Rozhdestvenskii K. G., Makeenkov A. V. Osnovnye problemy zdavookhraneniia v Rossiiskoi Federatsii i puti ikh resheniia [Problem of health care financing in conditions of market reform]. *Evrasiiskoe nauchnoe ob"edinenie*, 2018, no. 1-2 (35), pp. 107-109.

4. Zozulia T. Vnutrennii kontrol' – zashchita biznesa [Internal control as protection of business]. *Planovoekonomicheskii otdel*, 2020, no. 9 (117), pp. 3-12.

5. Gusev A. Ob organizatsii vnutrennego kontrolya v meditsinskom uchrezhdenii [On organization of internal control in medical institution]. Available at: <https://yandex.ru/turbo/wisecconomist.ru/s/poleznoe/114256-organizacii-vnutrennego-kontrolya-medicinskom-uchrezhdenii/> (accessed: 01.02.2023).

6. Polozhenie o vnutrennem finansovom kontrole [Regulation on internal financial control]. Available at: https://www.audar-info.ru/service/formBlank/view/sec_id/17/id/983 (accessed: 19.12.2022).

7. Ob utverzhdenii Metodicheskikh rekomendatsii po osushchestvleniiu vnutrennego finansovogo kontrolya [On Approval of the Methodological Recommendations on Internal Financial Control]. Prikaz Minfina RF ot 07.09.2016 № 356. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71391064/> (accessed: 25.12.2022).

8. Orlova O. E. Osobennosti vnutrennego finansovogo kontrolya v biudzhethnom uchrezhdenii [Features of internal financial control in the budgetary institution]. Available at: <https://www.audar-press.ru/vnutrennii-finansovyi-kontrol-ru> (accessed: 14.12.2022).

9. *Zdavookhranenie v Rossii. 2019: statisticheskii sbornik* [Health care in Russia. 2019: statistical digest]. Moscow, Rosstat Publ., 2019. 170 p.

10. Shishkin S. V., Sheiman I. M., Abdin A. A., Boiarskii S. G., Sazhina S. V. Rossiiskoe zdavookhranenie v no-

vykh ekonomicheskikh usloviakh: vyzovy i perspektivy: doklad [Russian health care in new economic conditions: challenges and prospects: report]. Moscow, Izd-vo NIU VShE, 2016. 67 p.

11. Dmitriev D. Aktual'nye problemy zdavookhraneniia Rossii [Topical problems of Russian health care]. Available at: <https://fb.ru/article/456571/aktualnyie-problemyi-zdravookhraneniya-rossii> (accessed: 18.01.2023).

12. *Trud i zaniatost' v Rossii. 2019: statisticheskii sbornik* [Labor and employment in Russia. 2019: statistical digest]. Moscow, Rosstat Publ., 2019. 135 p.

13. *Astrakhanskaia oblast' v tsifrah: kratkii statisticheskii sbornik* [Astrakhan region in figures: brief statistical digest]. Astrakhan': Astrakhan'stat Publ., 2022. 83 p.

14. *Zdavookhranenie v Rossii. 2021: statisticheskii sbornik* [Health care in Russia. 2021: statistical digest]. Moscow, Rosstat Publ., 2021. 171 p.

15. Stupak V. S., Zubko A. V., Manoshkina E. M., Kobiakova O. S., Deev I. A., Enina E. N. Zdavookhranenie Rossii v period pandemii COVID-19: vyzovy, sistemnye problemy i reshenie pervoocherednykh zadach [Health care in Russia during pandemic COVID-19: challenges, systemic problems and solution of priority tasks]. *Profilakticheskaiia meditsina*, 2022, no. 25 (11), pp. 21-27.

16. Nazarov V. S., Avksent'ev N. A. Rossiiskoe zdavookhranenie: problemy i perspektivy [Russian health care: problems and prospects]. *Finansovyi zhurnal*, 2017, no. 4, pp. 9-23.

17. Tumusov F. S., Kosenkov D. A. *Sovremennye tendentsii v sisteme zdavookhraneniia v Rossiiskoi Federatsii* [Modern trends in RF health care system]. Moscow, Izdanie Gosudarstvennoi Dumy, 2019. 80 p.

18. O gosudarstvenno-chastnom partnerstve, munitsipal'no-chastnom partnerstve v Rossiiskoi Federatsii i vnesenii izmenenii v odel'nye zakonodatel'nye akty Rossiiskoi Federatsii [On public-private partnership, municipal-private partnership in the Russian Federation and amendments to certain legislative acts of the Russian Federation]. Federal'nyi zakon ot 30.07.2015 № 224-FZ. Available at: <https://baza.np.ru/gd-rf-zakon-n224-fz-ot13072015-h2547093/> (accessed: 04.02.2023).

19. Ob obiazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossiiskoi Federatsii: Federal'nyi zakon ot 29.11.2010 № 326-FZ

[On compulsory medical insurance in the Russian Federation: Federal Law of 29.11.2010 № 326-FZ]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (accessed: 03.02.2023).

20. *Ob utverzhdenii Metodicheskikh ukazanii po osushchestvleniiu territorial'nykh fondami obiazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniia administrirovaniia dokhodov biudzheta Federal'nogo fonda obiazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniia, postupaiushchikh ot uplaty strakhovykh vnosov na obiazatel'noe meditsinskoe strakhovanie nerabotaiushchego naseleniia* [On the approval of Methodological instructions on the implementation by territorial funds of compulsory medical insurance administration of budget revenues of the Federal Fund for Compulsory Medical Insurance, coming from the payment of insurance premiums for compulsory medical insurance of non-working population]. Prikaz Federal'nogo fonda OMS ot

17.04.2018 № 73. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71879112/> (accessed: 05.02.2023).

21. *O razmere i poriadke rascheta tarifa strakhovogo vnosa na obiazatel'noe meditsinskoe strakhovanie nerabotaiushchego naseleniia: Federal'nyi zakon ot 30.11.2011 № 354-FZ* [On the amount and procedure for calculating the tariff of insurance contribution for compulsory health insurance of non-working population: Federal Law of 30.11.2011 № 354-FZ]. Available at: <https://base.garant.ru/12192464/> (accessed: 05.02.2023).

22. Ulumbekova G. E., Ginoian A. B., Kalashnikova A. V., Al'vianskaia N. V. *Finansirovanie zdravookhraneniia v Rossii (2021–2024 gg.)* [Financing healthcare in Russia (2021–2024)]. Available at: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg/> (accessed: 20.01.2023).

Статья поступила в редакцию 07.02.2023; одобрена после рецензирования 03.03.2023; принята к публикации 15.03.2023
The article was submitted 07.02.2023; approved after reviewing 03.03.2023; accepted for publication 15.03.2023

Информация об авторах / Information about the authors

Равиль Каримович Арыкбаев — доктор экономических наук, профессор; директор Института экономики; Астраханский государственный технический университет; ravilarykbaev@mail.ru

Ravil K. Arykbaev — Doctor of Sciences in Economics, Professor; Director of the Institute of Economics; Astrakhan State Technical University; ravilarykbaev@mail.ru

Эльмира Камильбековна Салахова — кандидат экономических наук, доцент; доцент кафедры финансов и учета; Астраханский государственный технический университет; elm-salahova@mail.ru

Elmira K. Salakhova — Candidate of Sciences in Economics, Assistant Professor; Assistant Professor of the Department of Finance and Accounting; Astrakhan State Technical University; elm-salahova@mail.ru

Анна Александровна Корешикова — заместитель главного врача по финансово-экономическим вопросам; Александро-Мариинская областная клиническая больница; anna17.11@mail.ru

Anna A. Koreschkova — Deputy Chief Physician in Financial and Economic Issues; Alexander-Mariinsky Regional Clinical Hospital; anna17.11@mail.ru

