

# ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Григорьева Елена Михайловна,  
Смирнова Юлия Владимировна*

*Главным вызовом для российской системы здравоохранения выступает необходимость решения проблемы повышения эффективности финансового механизма при сокращении размеров государственного финансирования. Переход к одноканальному финансированию сопровождался ухудшением финансовой ситуации во многих медицинских организациях, причиной чего выступили такие факторы, как снижающееся финансирование отрасли и рост цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, сопровождающееся введением антироссийских санкций. Лишь для федеральных учреждений здравоохранения изменения в источниках государственного финансирования действительно сыграли негативную роль, но связано это было с недостатками в организационной работе по переходу к одноканальной системе.*

*В данной работе проведено исследование зарубежной практики организации финансирования здравоохранения, выявлены преимущественные источники финансирования здравоохранения в зарубежной практике, отмечены преимущества бюджетного финансирования.*

*Ключевые слова: финансирование здравоохранения, медицинское страхование*

*JEL-коды: P 430, E 620, G 220, H 510.*

## **Постановка проблемы**

По статистике ВОЗ, примерно 40-60% вложений в финансирование здравоохранения оказались неэффективными. Кроме того, отмечается, что на финансирование системы здравоохранения в России тратится примерно в 1,5-2 раза больше средств, чем, например, в Казахстане и Белоруссии, однако эти страны добиваются более впечатляющих результатов согласно статистике. Все это говорит о том, что финансирование здравоохранения в том виде, в котором оно существует сейчас, нуждается в пересмотре<sup>1</sup>.

Авторы статьи, проведя исследование опыта организации финансирования здравоохранения в развитых странах, сформировали направления совершенствования элементов финансового механизма финансирования здравоохранения в национальной экономике с учётом особенностей современного этапа её развития.

## **Методика исследования**

При проведении исследования авторами были применены метод сравнения, количественного анализа, систематизации и группировки данных. Для репрезентативности

---

<sup>1</sup> Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. - 2016. - № 3. - С. 60.

полученных результатов был применён метод графического представления структурных данных.

### **Результаты исследования** **Анализ зарубежного опыта**

Исследование национальных систем финансирования здравоохранения в развитых странах показал, что практически везде существовали и существуют в настоящее время проблемы, и такие системы подвергаются критике со стороны представителей отрасли и со стороны представителей финансового обеспечения.

Сравнительный анализ данных официальных сайтов министерств развитых стран выявил особенности действия финансового механизма финансирования здравоохранения по применяемой модели страхования и по фактору преобладания источников финансирования (Таблица 1).

Таблица 1.

**Источники финансирования здравоохранения в различных странах**

Страны	Модели страхования	Источники финансирования		
		налогообложение	частные	государственные
Страны ОЭСР	Континентальная модель, Скандинавская модель	+	+	+
Россия	Модель, используемая в странах с переходной экономикой	+	+	+
Англия	Универсалистская модель	-	+	+
США	Преимущественно частная модель	-	+	
Япония	Континентальная модель	-	+	+
Франция	Континентальная модель	-	+	+
Германия	Континентальная модель	-	+	+
Канада	Континентальная модель	+	-	-
Австралия	Скандинавская модель	+	-	-
Северная Европа	Континентальная модель	+	-	-

*Источник:* Составлено авторами на основе данных официальных сайтов министерств стран, представленных в выборке.

Основные источники финансирования здравоохранения в странах ОЭСР следующие: налогообложение, частное медицинское страхование, социальное медицинское страхование и индивидуальная оплата (из кармана пациента). Но ни в одном из этих государств

не полагаются на частную или индивидуальную оплату услуг здравоохранения как основной источник финансирования здравоохранения. Вместе с тем, в странах ОЭСР допускается частичная оплата медицинских услуг со стороны пациента (сооплата).

Национальная система здравоохранения (National Health System - NHS) Великобритании переживает самый продолжительный и серьезный в своей истории спад финансирования. В 2017 г. это вызвало вопросы об устойчивости модели финансирования здравоохранения и поиске новых дополнительных подходов к его организации.

На самом деле, в Великобритании существует 4 национальных системы здравоохранения - Англии, Шотландии, Уэльса и Северной Ирландии. Самая емкая среди них — система здравоохранения Англии. Ее и рассмотрим.

NHS — централизованная система, финансируемая главным образом за счет общего налогообложения (налоговые поступления в центральный и местные бюджеты), дополненного взносами в рамках национального страхования.

Хотя считается, что NHS «бесплатная в месте предоставления», пациенты осуществляют сооплату за некоторые услуги (например, стоматологические).

Регулирование закупок осуществляется посредством стандартов, которые NHS устанавливает с помощью Национального института здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (National Institute for health and Clinical Excellence — NICE).

В уставе NHS и законодательстве не определен точный объем медицинских услуг. Абсолютного права на получение конкретного лечения у пациентов нет. Однако, по уставу NHS, в обязанности секретаря по вопросам здравоохранения входит обеспечение всестороннего охвата населения медицинскими услугами<sup>2</sup>.

На практике NHS обеспечивает профилактические услуги, включая программы скрининга, иммунизации и вакцинации; стационарную и амбулаторную медицинскую помощь; услуги врача; лекарственные препараты для амбулаторного и стационарного лечения; необходимую стоматологическую помощь; некоторые средства по уходу за глазами; психиатрическую помощь, включая помощь в обучении лиц с ограниченными возможностями; паллиативную помощь; частично долгосрочный уход; реабилитацию, включая физиотерапию (например, послеоперационный уход); посещения медсестры на дому<sup>3</sup>.

Конкретный объем и наполнение пакета медицинских услуг, как правило, определяется на местном уровне. В уставе NHS также указано, что пациенты имеют право на лекарственные препараты или методы лечения, одобренные в результате исследований, проводимых NICE, если они рекомендованы лечащим врачом. Для лекарственных средств или методов лечения, которые не были одобрены NICE, предусмотрено, что CCGs должны принимать рациональные решения, подтвержденные данными, основанными на доказательствах.

Что касается первичной медицинской помощи, то она предоставляется главным образом врачами общей практики (gatekeepers), которые также контролируют доступ

---

<sup>2</sup> Cherkesova E.Y., Belikova S.S., Popova E.M. et al. Mechanism of development of human capital within human resources management of modern organization // Mediterranean Journal of Social Sciences. – 2015. – Т.6. – №5 S2. – С. 399–404.

<sup>3</sup> Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. - 2016. - № 3. - С. 60.

к вторичной помощи. Обычно учреждение общей практики — это первая точка контакта пациента с поставщиком медицинских услуг. Пациенты в обязательном порядке регистрируются в выбранном ими учреждении общей медицинской практики (walk-in centres). Хотя в некоторых районах такие учреждения предлагают услуги первичной медицинской помощи без обязательной регистрации.

Оплата услуг врачей и других специалистов первичной медицинской помощи осуществляется путем ежемесячного возмещения стоимости предоставленных услуг на основе данных, автоматически извлекаемых из электронных записей.

В Англии есть государственные и частные учреждения здравоохранения. Государственные учреждения, а их большинство, организуются либо как трасты NHS (в настоящее время их 72), подотчетные Департаменту здравоохранения, либо как фондовые трасты (в настоящее время их 150), регулируемые положениями NHS Improvement.

NHS трасты и фондовые трасты заключают контракты на предоставление услуг с местными CCGs. Оплата за медицинские услуги осуществляется согласно тарифам, сформированным для диагностически схожих групп заболеваний (Diagnosis Related Group — DRG), которые включают затраты на медицинский персонал.

Модели, в которых основным источником финансирования служат поступления от общего налогообложения, обычно построены с учетом общих рисков для больших групп населения и предусматривают универсальность предоставления медицинских услуг.

Кроме Великобритании, налогообложение как основной источник финансирования здравоохранения используют Австралия, Канада, Новая Зеландия и страны Северной Европы. Однако он не единственный. В упомянутых странах за оказанные медицинские услуги может взиматься частичная оплата с пациента (сооплата) и присутствуют элементы частного медицинского страхования.

В Великобритании доля сооплат в общем бюджете здравоохранения остается низкой - 1,2% в 2007-2017 гг. В Канаде около 70% расходов на здравоохранение финансируется государством за счет общего налогообложения, а оставшиеся 30% — за счет средств пациентов (личные средства граждан и частное медицинское страхование)<sup>4</sup>.

Согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения, в начале 2000-х в США сформировалась самая стабильная медицинская система, способная быстро адаптироваться к изменениям. Несмотря на стабильность и быстроту реагирования, качество оказания медицинской помощи и общий уровень здоровья населения Соединенных Штатов находятся на 37 и 33 местах в мировом рейтинге. Существуют и еще менее утешительные факты: согласно исследованию агентства World Factbook, США занимают 41-е место среди всех стран по уровню детской смертности (самый низкий уровень среди стран с развитой экономикой) и на 45-м месте по средней продолжительности жизни.

До начала изменений по инициативе Б.Обамы, США оставались единственной страной с развитой промышленностью, в которой отсутствовала система медицинского страхования для всех. Так, из-за отсутствия медицинской страховки ежегодно, согласно исследованиям различных организаций, в США умирало от 18 до 62,8 тысяч людей. Медицинское страхование на 2009 год было недоступно 50,7 млн (16,7%) жителей Штатов

---

<sup>4</sup> Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. - 2016. - № 3. - С. 60.

(что сопоставимо с населением целых стран, например, Франции и Украины). Еще около 30% популяции, имея страховку, не получали необходимого уровня медицинских услуг. Такая ситуация свидетельствовала, что финансовые потоки, направляемые для оплаты медицинских услуг, не достигали своей цели. При этом врачи в США стабильно входят в число наиболее высокооплачиваемых и престижных профессий (от 150 000 долл./год при среднем стандарте дохода в 50-70 тыс. на члена семьи в год для «хорошей» жизни: дом, машина, медстраховка, здоровая еда), представляя влиятельную часть населения с обширными лоббистскими возможностями. Разумеется, это в основном относится к врачам в городах, «сельские» доктора редко достигают таких результатов.

Программы финансирования здравоохранения были в значительной степени нацелены на получение прибыли в сотрудничестве с частными страховыми компаниями и медучреждениями, что способствовало нарастанию стоимости медицинской страховки и услуг. Таким образом, более 50% американцев в случае тяжелой болезни, автокатастрофы или иных инцидентов, вставали перед выбором: жить с осложнениями, последствиями или разориться, обратившись к врачам для восстановления здоровья. Неотложная помощь, естественно, оказывалась всем вне зависимости от наличия страховки, однако и счет за оказанные услуги выставляли каждому, и при отсутствии полиса помощь оказывалась не в первую очередь и не в полном, необходимом для выздоровления, объеме.

Модель финансирования здравоохранения за счет общего налогообложения имеет ряд преимуществ, а именно: позволяет концентрировать существенный финансовый ресурс, обеспечивает социальную справедливость, способствует развитию эффективной системы взимания общих налогов, а также мотивирует к оптимизации расходов на здравоохранение.

Выбор модели финансирования здравоохранения в процессе реформирования очень важно для эффективной реализации финансового механизма с учётом особенностей функционирования национальной экономики. Но копирование определенной модели без учета национальных традиций, особенностей и финансовых возможностей государства несет существенные риски и не приведет к ожидаемым результатам<sup>5</sup>.

### *Анализ отечественной системы финансирования здравоохранения*

По сравнению с другими государствами, расходы на здравоохранение в России малы. Россия тратит на финансирование данной сферы вдвое меньше стран «большой семерки»: США, Франция, Великобритания, Канада, Япония – 9,1-17,1% ВВП. Она отстает даже от развивающихся стран: в Венгрии, Польше, Болгарии и Эстонии власти расходуют 6,7-8,1% ВВП. Кроме того, России так и не удалось увеличить финансирование здравоохранения до минимальных стандартов Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) – 5,5-6% ВВП. По оценке ВОЗ, Россия сегодня по финансированию и эффективности здравоохранения находится на 54-м месте.

---

<sup>5</sup> Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. - 2016. - № 3.- С. 60

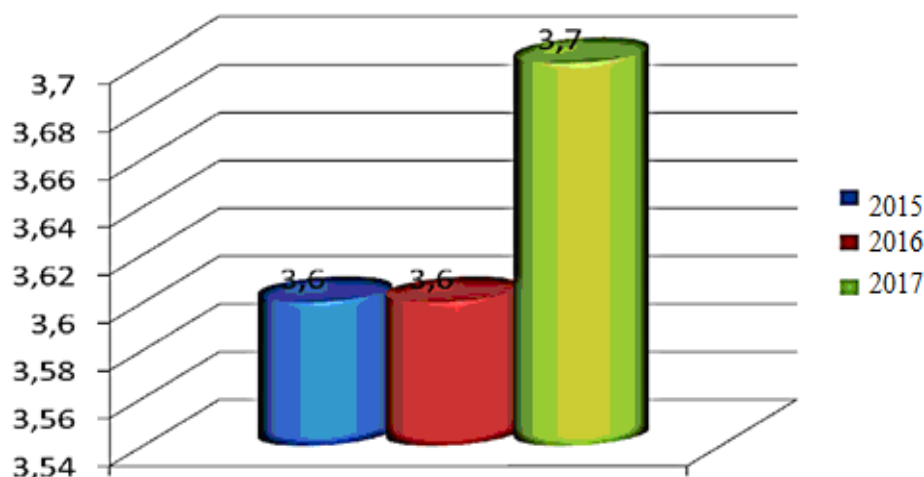


Рис. 1. Расходы на здравоохранение в России за 2015–2017 гг.

Источник: Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]. URL: <http://ffoms.ru/>

По состоянию на 01 декабря 2017 г., согласно оперативному отчету Федерального казначейства, на здравоохранение пришлось 3,6% от всей суммы расходов федерального бюджета, а структура кассового исполнения расходов федерального бюджета на здравоохранение выглядит, как показано на рис. 2.



Рис. 2. Структура кассового исполнения расходов федерального бюджета на здравоохранение, по данным Федерального казначейства, на 01.12.2017, % от общих расходов на здравоохранение.

Источник: Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования. [Электронный ресурс]. URL: <http://ffoms.ru/>

Как можно видеть, немалая доля расходов на здравоохранение включает в себя статья «другие вопросы». Согласно приказу Министерства финансов №171н от 21.12.2012 подраздел «Другие вопросы в области здравоохранения» включает в себя «расходы на обеспечение деятельности органов исполнительной власти России, субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, учреждений, осуществляющих руководство и управление такими вопросами, как выработка государственной политики; разработка и обеспечение выполнения стандартов для медицинского персонала, больниц, клиник, медпунктов, расходы на разработку программ, планов и бюджетов, в сфере здравоохранения, лицензирование, а также расходы на обеспечение деятельности иных учреждений (в том числе из разряда учреждений особого типа), обеспечивающих предоставление услуг в сфере здравоохранения, но не отнесенных к другим подразделам, и расходы на содержание централизованных бухгалтерий здравоохранения и учреждений по обеспечению деятельности здравоохранения и на реализацию мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье».

Система финансирования здравоохранения неэффективна и количество средств недостаточно тратится. Люди практически тратят 25% из собственных средств на медицинские услуги и препараты. Очевидно, что размер страховых выплат мал для нормального функционирования системы здравоохранения<sup>6</sup>.

Добровольное медицинское страхование как элемент финансирования здравоохранения в России, в основном нацелено на корпоративный сегмент. Как полагают эксперты и участники рынка, страховым организациям стало сложнее работать в системе ОМС из-за жестких ограничений норматива отчислений средств на ведение дела и рост расходов: на оборудование пунктов выдачи полисов, информатизацию, оплату экспертов, штрафы и прочее. В результате количество страховщиков на рынке ОМС должно было в итоге сократиться в два раза за счет слабых компаний. По итогам только первой четверти 2016 года, например, число страховых компаний в РФ сократилось сразу на четверть, при этом почти половину страховых премий (взносов) собирает одна компания (АО «СОГАЗ»), а 70% их приходится на Москву<sup>7</sup>: в итоге «ДМС остается малоприбыльным бизнесом», резюмируют эксперты. К слову, согласно данным Национального рейтингового агентства, в топ-50 страховых компаний РФ, занимавшихся ДМС, в 2016 году входили всего четыре татарстанских компании. Самую высокую позицию занимала альметьевская «Чулпан» (13-е место, учредитель «Татнефть»). Казанская компания «Спасение» располагалась на 18-м месте, казанская «Ак Барс-Мед» — на 30-м, набережночелнинская «Аско» — на 36-м.

Участники, оставшиеся на рынке, предложили властям законодательно разрешать совмещать полисы ОМС и ДМС (на тот момент Минздрав РФ был против). В 2012 г. средняя стоимость полиса ДМС для компаний с численностью застрахованных 2-3 тыс. человек составляла до 15 тыс. рублей на одного застрахованного, а при совмещении с ОМС расчетная стоимость, полагали страховщики, могла составлять всего 4-5 тыс. рублей.

---

<sup>6</sup> Вязикова А.А. Сравнительный анализ методик оценки эффективности системы здравоохранения // Студенческая наука XXI века: материалы VIII Междунар. студенч. науч.-практ. конф. В 2 т. Т. 1. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. – № 1 (8). – С. 27-31.

<sup>7</sup> Ряхова Н.И. Пути реформирования Фонда обязательного медицинского страхования в России // Современные исследования социальных проблем. – 2017. – № 5 (49). – С. 653-664.

Сегодня же, по их расчетам, корпоративный полис ДМС обходится в среднем по стране в 30-40 тыс. рублей на одного сотрудника компании (а для топ-менеджеров — от 80 тыс. рублей).

На рис. 3 представлена динамика заключённых договоров ДМС в стране. На рис. 4 можно видеть динамику объёма выплат по программам ДМС.



Рис. 3. Динамика изменения количества заключенных договоров ДМС 2013 – 2017 гг., единиц.

*Источник:* составлено авторами на основе официального сайта Федерального фонда обязательного медицинского страхования. [Электронный ресурс]. URL: <http://ffoms.ru/>

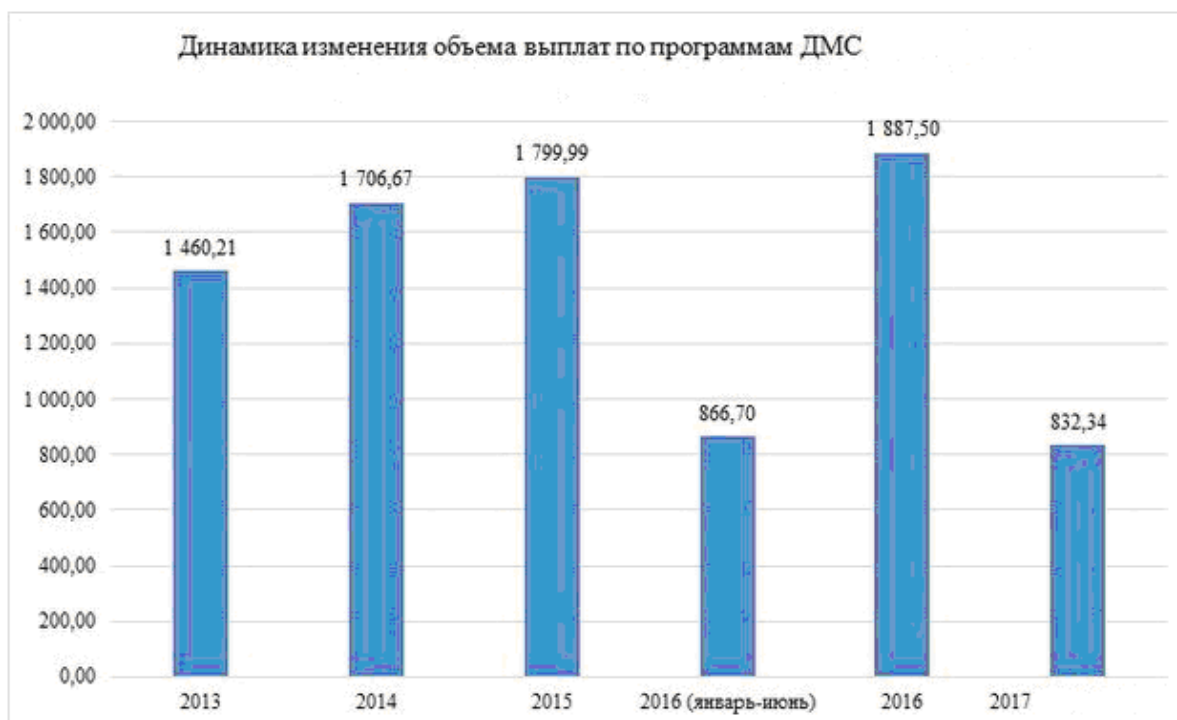


Рис. 4. Динамика изменения объема выплат по программам ДМС за 2013 – 2017 гг., млнруб.  
 Источник: составлено авторами на основе официального сайта Федерального фонда обязательного медицинского страхования. [Электронный ресурс]. URL: <http://ffoms.ru/>

Добровольное медицинское страхования является также составляющим элементом общего рынка страховых услуг, входящих в состав такого укрупненного сегмента как личное страхование (более мелкого – личного страхования, отличное от страхования жизни). Динамика поступлений и выплат по добровольному медицинскому страхованию за период с 2015 по 2017 гг. представлена в табл. 2.

Таблица 2.

**Динамика поступлений и выплат по добровольному медицинскому страхованию за 2015-2017 гг.**

Годы	Поступления, млн руб	% от показателя предыдущего года	Выплаты, млн руб.	% от показателя предыдущего года	Коэфф. выплат, %
2015	114965,6	105,8	89941,5	110,3	78,23
2016	124074,6	107,9	95219,6	105,9	76,74
2017	128956,97	103,9	99641,3	104,6	77,27

Источник: составлено авторами на основе официального сайта Федерального фонда обязательного медицинского страхования. [Электронный ресурс]. URL: <http://ffoms.ru/>

Было проведено сопоставление данных по поступлениям и выплатам по ДМС и в системе ФФОМС. Результат представлен на графике (рис. 5).

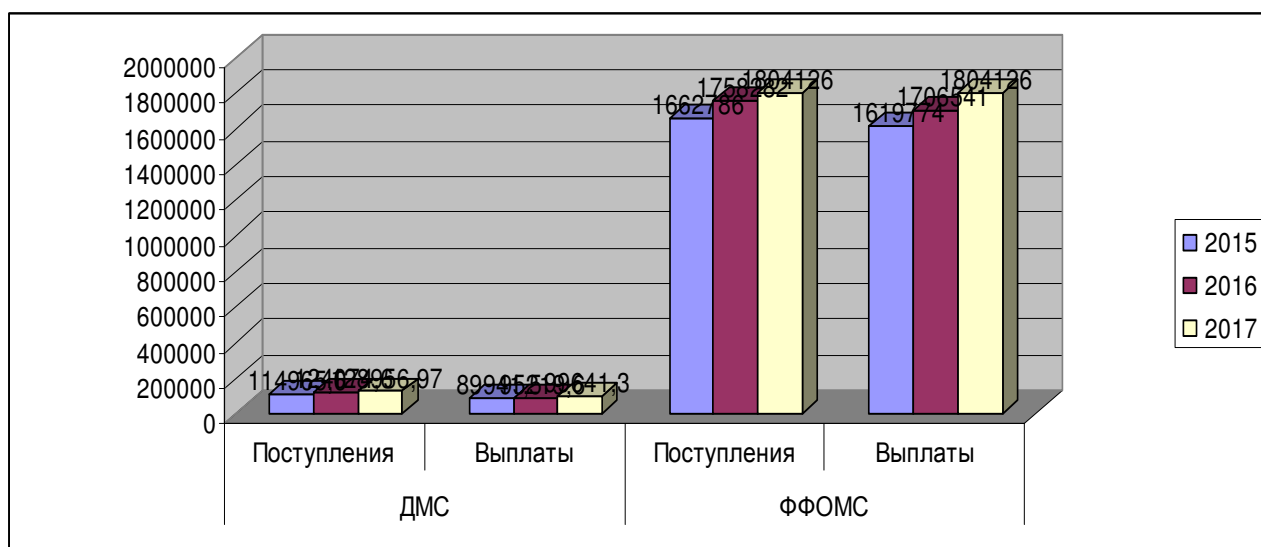


Рис. 5. Сопоставление поступлений и выплат по ДМС и ФФОМС 2015 – 2017 гг., млн руб.  
 Источник: составлено авторами на основе официального сайта Федерального фонда обязательного медицинского страхования. [Электронный ресурс]. URL: <http://ffoms.ru/>

При сравнении показателей, представленных на рисунке, можно видеть, что поступления и выплаты ФФОМС в разы превышает ДМС. Это связано с тем, что ДМС еще не приобрел популярность среди населения и работодателей.

Сглаживание негативных эффектов рынка – одна из первоочередных задач государства. Для экономического существования отрасли необходимым представляется усиление социальной роли государства, посредством увеличения расходов на здравоохранение. Лишь в этом случае государство будет способно в действительности стать гарантом соблюдения всеобщего социально – экономического интереса, который выражается в улучшении здоровья населения.

### Заключение

С 1 января 2017 года вступили в силу законы, которые расширяют возможности российских граждан получать высокотехнологичную помощь и лечиться за рубежом<sup>8</sup>. По расчетам Минздрава, в 2018 году число пациентов, которые смогут получить высокотехнологичную медицинскую помощь, составит более миллиона. Специалисты считают, что это будет полностью соответствовать потребностям населения<sup>9</sup>.

Однако обязательное медицинское страхование сегодня – основная ресурсная база отечественного здравоохранения, это государственная гарантия стабильного финансирования медицинской помощи. Такое положение дел сохранится в течение времени, пока будут действовать экономические условия, в которых практически отсутствуют

<sup>8</sup> Поправки к Федеральному закону об обязательном медицинском страховании (ОМС), меняющие порядок финансирования высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включенной в базовую программу ОМС

<sup>9</sup> Нелюбова А.А. Финансирование обязательного медицинского страхования в России // Экономика и управление: проблемы, тенденции, перспективы развития: материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2017. – С. 250-252.

элементы стимулирования форм медицинского страхования, отличных от обязательного, а обязательное страхование несёт на себе преимущественно социальную нагрузку и не решает проблем качественной и полноценной медицинской помощи.

## Список литературы

1. Альтман Н.Н. Финансирование здравоохранения в свете государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью // *Здравоохранение*. - 2017. - № 2. - С. 34-41.
2. Архипов А.П. Будущее медицинского страхования в России: больше ясности не становится // *Финансы*. - 2016. - № 11. - С.54-58.
3. Белоконова Ф.Н. Учет источников финансирования медицинских услуг в лечебных учреждениях // *Здравоохранение*. - 2017.- № 12. - С. 153-157.
4. Вязикова А.А. Сравнительный анализ методик оценки эффективности системы здравоохранения // *Студенческая наука XXI века: материалы VIII Междунар. студенч. науч.-практ. конф.* – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. – № 1 (8). – С. 27-31.
5. Дудник В.Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2016. – № 3-1. – С. 60-64.
6. Нелюбова А.А. Финансирование обязательного медицинского страхования в России // *Экономика и управление: проблемы, тенденции, перспективы развития: материалы VI Междунар. науч.-практ. конф.* – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2017. – С. 250-252.
7. Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // *Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал*. - 2016. - № 3.
8. Пастухова Е.А. Управление системой ресурсного обеспечения устойчивого развития муниципального образования: дис. ... канд. экон. наук. - Пермь, 2015.
9. Ряхова Н.И. Пути реформирования Фонда обязательного медицинского страхования в России // *Современные исследования социальных проблем*. – 2017. – № 5 (49). – С. 653-664.
10. Cherkesova E.Y., Belikova S.S., Popova E.M., Sukhova A.A., Demidova N.E. Mechanism of development of human capital within human resources management of modern organization // *Mediterranean Journal of Social Sciences*. – 2015. – Т.6. – №5 S2. – С. 399–404.
11. Vodenko K.V., Cherkesova E.Y., Shvachkina L.A. et al. The specifics of the socio-cultural determination of the current economic activity // *International Journal of Economics and Financial Issues*. – 2016. – Т.6. – №S1. – С. 206–210.
12. Бюджетный Кодекс Российской Федерации // *Консультант Плюс: справочная правовая система [Электронный ресурс]*. URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)
13. Налоговый Кодекс Российской Федерации // *Консультант Плюс: справочная правовая система [Электронный ресурс]*. URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)
14. Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования. – [Электронный ресурс]. URL: <http://ffoms.ru/>
15. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического

- развития Российской Федерации на период до 2020 года») // Консультант Плюс: справочная правовая система [Электронный ресурс]. URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)
16. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Консультант Плюс: справочная правовая система [Электронный ресурс]. URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)
17. Халидова С. Ш. Перспективы развития ФОМС на 2018 год. [Электронный ресурс]. URL: [https://interactive-plus.ru/ru/article/80689/discussion\\_platform](https://interactive-plus.ru/ru/article/80689/discussion_platform)

## PROBLEMS OF HEALTH FINANCING

*Grigorieva Elena Mikhailovna*  
*Smirnova Yulia Vladimirovna*

Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University)  
117198, Moscow, Miklukho-Maklaya str., 6

*The main challenge for the Russian health care system is the need to solve the problem of increasing the efficiency of the financial mechanism while reducing the amount of public funding. The transition to single-channel financing was accompanied by a worsening of the financial situation in many medical organizations, which was caused by such factors as the declining funding of the industry and the increase in prices for medicines, medical equipment, consumables, accompanied by the introduction of anti-Russian sanctions. Only for Federal healthcare institutions have changes in the sources of public funding really played a negative role, but this was due to shortcomings in the organizational work on the transition to a single-channel system.*

*In this work the study of foreign practice of the organization of health financing, identified the predominant sources of health financing in the international practice, noted the benefits of budget financing.*

*Keywords: healthcare financing, health insurance*

*JEL-codes: P 430, E 620, G 220, H 510*