

УДК 338.24
DOI

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ)

FINANCIAL AND ECONOMIC MECHANISM FOR THE DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE (REGIONAL EXPERIENCE)

Н.Н. Зубарева
N.N. Zubareva

Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85

Belgorod National Research University,
85 Pobedy St, Belgorod, 308015, Russia

E-mail: nzubareva73@mail.ru

Аннотация

В статье раскрывается региональная практика применения финансово-экономического механизма развития первичной медико-санитарной помощи. При этом под механизмом понимается аппарат, устройство процессов развития данного вида помощи. Описываются подходы к формированию бюджета офиса общей врачебной практики (отдельно взятого терапевтического участка) с позиции выделения его доходной и расходной частей. Основным принципом процесса бюджетирования в первичном звене здравоохранения определено «условное» локальное фондодержание на уровне врача общей практики (терапевта участкового) при существующем частичном фондодержании в поликлиниках и центральных районных больницах. Фокус логистики оказания помощи прикрепленному населению сосредоточен в блоке «Бюджетирование» территориальной медицинской информационной системы, основными пользователями которого являются врачи амбулаторно-поликлинического звена.

Abstract

The article reveals regional practice of applying the financial and economic mechanism for primary health care development. In the article, the mechanism is understood as the device of the development processes of this type of assistance. There are also described approaches to the budget formation of the general medical practice office (a separate therapeutic area) from the allocation position of its revenue and expenditure parts. The main principle of the budgeting process in primary health care is defined as "conditional" local fund maintenance at the level of a general practitioner (district therapist) with the existing partial fund maintenance in polyclinics and general district hospitals. The focus for providing assistance to the population is concentrated in the "Budgeting" block of the territorial medical information system, the main users of which are doctors of the outpatient level. As a part of the financial and economic mechanisms for the development of primary health care in regional medical organizations in 2019, it was possible to ensure savings of 8% within the micro-budgets of general practitioners' offices and therapeutic areas by reducing costs:

- on diagnostic services (when re-equipment was done in accordance with the standards and procedures of general practitioners' workplaces and district therapists, these specialists have the opportunity to conduct part of the diagnostics independently);
- on medical care provided by particular specialists;
- on the maintenance of general medical practice offices, paramedic and midwifery centers by reducing the cost of utilities after the construction of energy-efficient facilities and major repairs of existing ones (in 2019, the savings were about 1% of keeping all offices and paramedic and midwifery centers in the region, in monetary terms - about 3 million rubles).

The use of the region's financial-economic development mechanism of primary health care, aimed at optimal use of available financial, material and human resources leads to positive medical and economic effects and contributes to the high quality health care to the population.

Ключевые слова: медико-санитарная помощь, врач общей практики, терапевтический участок, фондодержание, бюджетирование, микробюджет, региональная медицина, Белгородская область.

Keywords: medicine, health care, general practitioner, therapeutic area, fund maintenance, budgeting, micro-budget, regional medicine, Belgorod region.

Введение

Финансово-экономические условия оказания первичной медико-санитарной помощи определяются Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания жителям медицинской помощи и Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования на очередной год [Акишкин, 2014]. Финансирование медицинских организаций Белгородской области на 2020 год структурировано следующим образом: средства обязательного медицинского страхования (71 %), средства бюджета (22 %), средства от оказания платных медицинских услуг (7 %). Первичная медико-санитарная помощь имеет основной финансовый источник – средства обязательного медицинского страхования [Баева, 2017; Гусева, 2016]. В совокупной структуре денежных средств, аккумулированных в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, их распределение по направлениям финансирования осуществляется таким образом: стационарная помощь – 47,4 %; амбулаторная помощь – 34,1 %; дневной стационар – 10,5 %; скорая медицинская помощь – 5,9 %; финансовое обеспечение деятельности страховых медицинских организаций и административно-управленческого персонала фонда ОМС – 2,1 %.

Оплата услуг, оказанных медицинскими организациями в амбулаторно-поликлинических условиях, происходит по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи: за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай). Подушевые нормативы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливаются по половозрастным группам и включают расходы на оказание амбулаторной помощи по всем профилям, за исключением стоматологического, а также на:

- неотложную медицинскую помощь;
- медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья;
- диспансеризацию взрослого населения на 1-м этапе, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную семью;
- профилактические осмотры взрослого населения [Зубарева, 2018].

В 2020 году расширен перечень услуг, оказываемых за рамками подушевого финансирования: профилактические осмотры несовершеннолетних, диагностические услуги, содержание ФАПов (таблица 1).

В 2020 году в Белгородской области подушевой норматив финансирования в системе ОМС на 1-го застрахованного составил 12 669, 2 рублей, из которых 4360, 7 рублей – это нормированный объем средств, предусмотренный на амбулаторно-поликлиническую помощь: 1806, 7 рублей – по подушевому принципу финансирования и 2554, 0 рублей – за пределами подушевого финансирования.

Таблица 1
Table 1

<p align="center">Расчет подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в регионе на 2019–2020 годы</p> <p align="center">Estimate number of headcount financing standard of outpatient care in the region for 2019–2020</p>							
Составляющие амбулаторно- поликлиничес- кой помощи	Норматив объема	<i>Финансирование</i>		Норма- тив объема	<i>Финансирование</i>		Отклоне- ние 2020 г. от 2019 г. (руб.)
Численность застрахованного населения		1 551 530			1 541 514		-10 016
Посещения с профилактичес- кими и иными целями	2,88	2 117 130 952,3	1 364,5	2,93	2 317 858 224,0	1503,6	200 727 271,7
Неотложная помощь	0,56	522 530 479,5	336,8	0,54	525 255 480,4	340,7	2 725 000,9
Обращения по заболеванию	1,77	3 610 714 409,9	2 327,2	1,77	3 859 162 112,0	2503,5	248 447 702,1
Всего по программе		6 250 375 841,7	4 028,5		6 749 633 964, 4	4378,6	499 258 122, 7
Оплата медицинской помощи за пределами территории страхования		62 829 670,0	40,5		27 528 000,0	17,9	-35 301 670,0
Итого Финансирова- ние МО Белгородской области		6 187 546 171,7	3 988,0		6 722 105 96	4360, 7	534 559 792, 7
В том числе:							
стоматология с неотложной помощью		577 807 287,0	372,4		582 139 992,0	377,6	4 332 705,0
диспансериза- ция и профосмотры		404 966 769,0	261,0		1 268 053 404,6	822,6	863 086 635,6
Центры здоровья		31 210 511,0	20,1		31 210 511, 027 073 000, 0	20, 217, 6	4 137 511, 00

Таблица 1
 Table 1

Расчет подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в регионе на 2019–2020 годы Estimate number of headcount financing standard of outpatient care in the region for 2019–2020							
Составляющие амбулаторно- поликлинической помощи	Норма- тив объема	Финансирование		Норма- тив объема	Финансирование		Отклоне- ние 2020 г. от 2019 г. (руб.)
Неотложная помощь		497901071,5	320,9		498827192,0	323,6	926 120,5
Офтальмологические услуги в специализированных центрах		2 128 026,3	1,4		2 368 697,3	1,5	240 671,0
гемодиализ		523 196 703,0	337,2		610 052 000,0	395,7	86 855 297,0
дистанционная медицина		20 000 000,0	12,9			0,0	-20 000 000,0
КТ					197 391 588, 8	128, 1	197 391 588, 8
МРТ					73 337 477,6	47,6	73 337 477,6
УЗИ сердечно-сосудистой системы					111 075 510,0	72,1	111 075 510,0
эндоскопические диагностические исследования					64 750 518,0	42,0	64 750 518,0
гистологические исследования с целью выявления онкозаболеваний					44 414 973,0	28,8	44 414 973,0
молекулярно-генетические исследования (с целью выявления онкозаболеваний)					16 185 000,0	10,5	16 185 000,0
ФАПы					412 250 800, 0	267, 4	412 250 800, 0
ВПЧ (вирус папилломы человека)					18 000 000,0	11,7	18 000 000,0

Таблица 1
Table 1

<p align="center">Расчет подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в регионе на 2019-2020 годы</p> <p align="center">Estimate number of headcount financing standard of outpatient care in the region for 2019-2020</p>							
Всего за пределами подушевого принципа финансирования		2 072 144 740,8	1 335,5		3 937 060 664, 3	2554, 0	1 864 915 923, 5
Всего по подушевому принципу финансирования		4 115 401 430,9	2 652,5		2 785 045	1806,7	-1 330 356 130, 8

Материалы и методы исследования. Особенностью финансово-экономического механизма развития первичной медико-санитарной помощи в первичном звене здравоохранения региона является так называемое условное фондодержание, определенное на уровне офисов врачей общей практики и терапевтических участков [Кулакова, 2014]. Его суть заключается в ступенчатости распределения и освоения средств ТФОМС, а именно: в самостоятельных поликлиниках и центральных районных больницах с поликлиническими отделениями в структуре аккумулируется потенциально возможный к освоению объем денежных средств, что по существу является частичным фондодержанием. Далее внутри общего бюджета больницы или поликлиники рассчитываются так называемые микробюджеты отдельных офисов врачей общей практики и терапевтических участков с определением прогнозных доходной и расходной частей. Это не предполагает открытие субсчетов, бюджетирование осуществляется посредством учета условно обособленных средств микробюджетов в финансово-экономических службах ТФОМС и каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь [Обухова, 2012].

Результаты и их обсуждение

В регионе в рамках утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования просчитаны микробюджеты всех (100 %) сформированных зон обслуживания врачей общей практики и терапевтов участковых, исходя из характеристик прикрепленного населения.

В среднем микробюджет одного офиса (участка) составляет 5 млн 186,7 тыс. руб. В зависимости от численности и половозрастного состава обслуживаемого населения доходы офисов варьируются от 5 млн 308 тыс. руб. до 5 млн 860 тыс. руб. (табл. 2).

Доход офиса врача общей практики (терапевтического участка) формируется за счет дохода от амбулаторной помощи и помощи, оказанной в условиях дневного стационара, что в 2020 году суммарно составит 5 186,7 тыс. руб. В рамках оказания амбулаторной помощи из общего тарифа в 4 360, 7 руб. на душу населения врач общей практики (терапевт участковый) может заработать 3 061, 2 руб. (1 806, 7 руб. – подушевое финансирование и 1 254,5 руб. – за пределами подушевого финансирования). Объем финансирования по подушевому принципу за год в среднем составит 2891,5 тыс. руб., он формируется на основании половозрастной структуры прикрепленного населения и коэффициента дифференциации медицинской организации. Размер финансирования за пределами

подушевого – 2 558, 2 тыс. руб. в год – определяется на основании запланированных объемов медицинской помощи, в том числе, на:

- а) комплексные обследования в ходе диспансеризации и профилактических осмотров прикрепленного населения разной половозрастной структуры (1 316, 2 тыс. руб.);
- б) оказание неотложной медицинской помощи (в среднем – 258,1 тыс. руб.);
- в) содержание ФАПа (983, 9 тыс. руб.).

Таблица 2

Table 2

Бюджет офиса врача общей практики на 2020 год при численности населения 1600 человек Budget of general practitioner's office for 2020 in accordance with 1600 population					
Доходы	На душу населения, руб.	Всего, тыс. руб.	Расходы	Всего, тыс. руб.	%
Амбулаторная помощь:	3061,7	4898,7	Офис общей врачебной практики (терапевтический участок)	2820,0	54,4
подушевое финансирование	1807,2	2891,5	<i>ФОТ медицинских работников</i>	<i>2004,0</i>	<i>38,6</i>
за пределами подушевого финансирования, в том числе	1254,5	2007,2	<i>материальные запасы</i>	<i>207,0</i>	<i>4,0</i>
<i>диспансеризация и профилактические осмотры</i>	<i>822,6</i>	<i>1316,2</i>	<i>содержание имущества</i>	<i>176,0</i>	<i>3,4</i>
<i>неотложная помощь</i>	<i>161,3</i>	<i>258,1</i>	<i>содержание ФАПа</i>	<i>433</i>	<i>8,3</i>
<i>ФАПы</i>	<i>270,6</i>	<i>433,0</i>	Услуги узких специалистов	1734,7	33,4
Дневной стационар	180	288,0	Диагностические и лабораторные исследования	632,0	12,2
Итого	3241,7	5186,7	Итого	5186,7	100,0

Годовой доход от оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет примерно 288 тыс. руб. Он складывается из доходов за каждый случай лечения (в среднем около 36 случаев в год). На площадках офисов врачей общей практики и терапевтов участковых функционируют койки дневного стационара, на каждого врача приходится не менее двух коек [О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года].

Расходование средств офиса (терапевтического участка) производится по трём направлениям: расходы на функционирование самого офиса или участка, оплата за оказанную медицинскую помощь прикрепленному населению другими врачами-

специалистами, проведение сложных диагностических исследований, назначенных врачом участковым [Павлов, Степчук, Пинкус, Господынько, 2012].

Расходы на функционирование офиса общей врачебной практики (терапевтического участка) включают в себя:

1. Фонд оплаты труда, который составляет в среднем 2 004 тыс. руб. в год. Он складывается из годовых фондов оплаты труда всех сотрудников офиса (участка): ФОТ врача – 1 002 тыс. руб. при средней заработной плате врача – 64 138 руб. в месяц, ФОТ средних медработников – 752 тыс. руб. при средней заработной плате – 32 069 руб. и ФОТ прочего персонала – 250 тыс. руб.

2. Содержание имущества офиса общей врачебной практики (терапевтического участка). Это в основном коммунальные услуги и налоги, на которые расходуется порядка 176 тыс. руб.

3. Траты на материальные запасы: ГСМ, медикаменты, расходные материалы составляют 207 тыс. руб.

4. Средства в объеме 433 тыс. руб. расходуются на обеспечение функционирования ФАПов, которые находятся в зоне обслуживания врача общей практики или терапевта участкового. Это заработная плата фельдшера, содержание помещения и материальные запасы.

Объем средств на оплату за оказанную медицинскую помощь врачами-специалистами прикрепленному населению в среднем составляет 1 734,7 тыс. руб. в год. Расчет за услуги проходит на двух уровнях: внутреннем и внешнем. На внешнем уровне при оплате счетов страховой компанией из микробюджетов офисов врачей общей практики и участковых терапевтов изымаются средства в размере стоимости медицинской помощи, оказанной узкими специалистами за пределами медицинской организации. На внутреннем уровне распределение денежных средств происходит в конкретной медицинской организации, т. е. внутри юридического лица, между врачами общей практики (терапевтами участковыми) и узкими специалистами в соответствии с объемом предоставленной медицинской помощи.

На диагностические и лабораторные исследования из микробюджета офиса (участка) в среднем расходуется 637 тыс. руб. в год.

Анализ финансово-экономической деятельности офисов врачей общей практики и терапевтических участков показывает неравномерность в наполнении и расходовании микробюджетов данных структурных подразделений, что обусловлено разными условиями функционирования: опытом работы, уровнем профессиональных компетенций медицинского персонала, количеством и структурой прикрепленного населения, возможностями размещений коек дневного стационара. При этом отмечается преимущество в экономической эффективности офисов врачей общей практики в сравнении с терапевтическими участками, так как врач общей практики и его команда (медсестра и фельдшер), в отличие от команды терапевта участкового, могут в рамках своих расширенных компетенций самостоятельно оказывать более широкий спектр медицинских услуг, не направляя пациентов без особой необходимости к узким специалистам, а также самостоятельно проводить диагностики на имеющемся у них оборудовании, не «покупая» эти услуги ни внутри своей организации, ни за ее пределами [Поляков, 2015].

При этом существуют и объективные причины, определяющие низкую экономическую эффективность некоторых офисов и участков: преобладание среди прикрепленного населения лиц старшего возраста, имеющих хронические заболевания, наличие на территории обслуживания более одного ФАПа, недостаточный уровень материальных условий для оказания качественной медицинской помощи. Все это предполагает дополнительные затраты на предоставление медицинских услуг. С целью недопущения дефицита микробюджетов офисов врачей общей практики и терапевтических участков в медицинских организациях региона, осуществляющих первичную медико-санитарную помощь, сформированы так называемые «резервные фонды», в которых расчетно аккумулированы средства более экономически успешных офисов и участков в

объеме до 5 % их месячного дохода. При необходимости данный финансовый ресурс используется для оперативного решения возникающих проблем [Степчук, 2015; Стратегия социально-экономического развития Белгородской области на период до 2025 года; Таймасханов, 2013].

В рамках финансово-экономического механизма развития первичной медико-санитарной помощи в регионе был сделан уверенный шаг в решении проблемы отсутствия в первичном звене здравоохранения инструмента для определения логистики оказания всех видов медицинской помощи прикрепленному населению. В региональной медицинской информационной системе был создан модуль «Бюджетирование». Новый электронный ресурс позволяет через движение денежных средств отследить факты оказания медицинской помощи пациентам как внутри конкретной медицинской организации, так и за ее пределами. Данный модуль представляет собой список всего прикрепленного населения офиса врача общей практики или терапевтического участка, он интегрирован с электронными медицинскими картами каждого человека. При внесении медицинскими работниками любой организации, в которой пациент получил помощь, данных в электронную медицинскую карту, этот факт отражается в модуле «Бюджетирование». В конце каждого месяца после подачи реестров счетов на оплату здесь же появляется информация о стоимости той или иной медицинской услуги, которую получил человек. Таким образом, врач общей практики (терапевт участковый) видит, где, когда и какую помощь оказали его пациенту. У врача появляется возможность отследить логистику получения медицинских услуг лицами из числа прикрепленного населения, сделать определенные выводы, скорректировать свою работу (рис. 1).

КРП (год)			
Пациент	Сумма	% к плану	
Мои услуги своим пациентам	12 11 233,20	3,51%	
Услуги чужим пациентам	3 2 808,30	0,88%	
Мои услуги всем пациентам	15 14 041,50	4,39%	
Диспансеризация, проф. осмотры мои	0	0,00	
Услуги, оказанные другими врачами	64 1 19 315,57	-	
входящие в подушное финансирование	54 41 338,86	-	
не входящие в подушное финансирование	18 77 976,71	-	

Плановый бюджет ОСВ (на год)				
	Подушное	Плановый	Заработано	Потери
Амбул. помощь	3 061,70	4 483 958,60	55 380,36	4 408 578,24
По подушному финансированию	1 807,20	2 634 897,60	55 380,36	2 579 517,24
За подушным финансированием	1 254,50	1 829 061,00	0,00	1 829 061,00
в т.ч.:				
дисп. профосмотры	822,60	1 199 350,00	0,00	1 199 350,00
неотложная помощь	161,30	235 175,40	0,00	235 175,40
Дневной стационар	190,90	262 440,00	0,00	262 440,00
ИТОГО	3 241,70	4 728 398,60	55 380,36	4 673 018,24

Исполнение бюджета ОМС в среднеобластных нормативах (на год)				
Вид помощи	Пациент	Норматив	Бюджет	Остаток
амбулаторно-поликлиническая помощь	1 458,00	4 279,30	6 305 919,40	55 380,36
дневной стационар	1 458,00	1 287,00	1 876 446,00	0,00
круглосуточный стационар	1 458,00	6 134,30	8 943 809,40	60 069,92
скорая помощь	1 458,00	704,30	1 026 869,40	0,00
содержание АУП	1 458,00	119,20	173 793,60	0,00
ИТОГО	1 458,00	12 624,10	16 405 937,60	115 450,28

Показатели / Срезы	Плановый подушное	Фактически оказанные МНОЮ услуги					Оказанные ДРУГИМИ врачами, услуги (за г. усл)				
		Амбулаторно-поликлинические услуги		Дневной стационар	ИТОГО ЗАРАБОТАНО СРЕДСТВ	Амбулаторно-поликлинические услуги	Амбулаторно-поликлинические услуги		Амбулаторно-поликлинические услуги		
		входящие в подушное финансирование	не входящие в подушное финансирование				ВСЕГО	в т.ч. в моей медорг.		в т.ч. в других медорг.	ВСЕГО
ИТОГО по прикрепленному населению: количество - 1458	0,00	14 041,50	0,00	0,00	0,00	14 041,50	41 338,86	29 757,90	11 580,96	17 906,79	6
	0,00	11 233,20	0,00	0,00	0,00	11 233,20	41 338,86	29 757,90	11 580,96	17 906,79	6

Рис. 1. Модуль региональной медицинской информационной системы «Бюджетирование»

Fig. 1. Model of regional medical informational system «Budgeting»

Заключение

В рамках применения финансово-экономического механизма развития первичной медико-санитарной помощи в региональных медицинских организациях в течение 2019 года удалось обеспечить экономию средств в объеме 8 % внутри микробюджетов офисов врачей общей практики и терапевтических участков за счет снижения расходов:

- на диагностические услуги (при переоснащении в соответствии со стандартами и порядками рабочих мест врачей общей практики и терапевтов участковых

у этих специалистов появилась возможность самостоятельного проведения части диагностик);

- на медицинскую помощь, оказанную узкими специалистами;

- на содержание офисов общей врачебной практики, фельдшерско-акушерских пунктов за счет снижения расходов на коммунальные услуги после строительства новых энергоэффективных объектов и капитального ремонта существующих (в 2019 году экономия в среднем составила порядка 1 % от содержания всех офисов и ФАПов в регионе, в денежном эквиваленте – это около 3 млн руб.) [Тютин, 2019; Шейман, 2016].

Применение в регионе финансово-экономического механизма развития первичной медико-санитарной помощи, направленного на оптимальное использование имеющихся финансовых, материальных и кадровых ресурсов, приводит к положительному медико-экономическому эффекту и способствует приближению качественной медицинской помощи населению.

Список литературы

1. Акишкин В.Г., Квятковский И.Е., Путина С.А. 2014. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект. Волгоград: Волгоградское научное издательство. 276 с.
2. Баева А.А. 2017. Проблемы регионального управления в системе здравоохранения. Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки. 6: 80–85.
3. Гусева С.В., Иванова Н.Г. 2016. Программное бюджетирование в сфере здравоохранения на региональном уровне. Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 1: 32–41.
4. Зубарева Н.Н. 2018. Организация стратегического управления в медицинских организациях области. Научные ведомости БелГУ. Сер.: Медицина. Фармация. 41 (4): 591–599.
5. Зубарева Н.Н. 2018. Проектное управление – основа совершенствования первичной медико-санитарной помощи в Белгородской области. Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. 7 (696): 10–22.
6. Кулакова Е.В. 2014. Финансовые ресурсы медицинских организаций. Основные принципы бюджетирования доходов и расходов. Здравоохранение. 4: 26–33.
7. Обухова О.В. 2012. Условия внедрения подушевого принципа финансирования первичного звена. Главврач. 2: 61–62.
8. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204. Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Эксперт-приложение».
9. Павлов К.В., Степчук М.А., Пинкус Т.М., Господынько Е.М. 2012. Влияние новых форм финансирования на эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи. Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 7: 61–64.
10. Поляков М.В. 2015. Особенности подушевого финансирования амбулаторной помощи. Здравоохранение. 4: 20–25.
11. Степчук М.А., Пинкус Т.М., Павлов К.В. 2015. Развитие перспективных форм организации и финансирования первичного звена здравоохранения региона в условиях модернизации Российской экономики. Ижевск: Шелест. 355 с.
12. Стратегия социально-экономического развития Белгородской области на период до 2025 года: постановление Правительства Белгородской области от 25.01.2010 года № 27-пп: Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Эксперт-приложение».
13. Таймасханов Х.Э. 2013. Бюджетирование как метод управления ресурсами здравоохранения. Вопросы экономики и права. 2: 11–12.
14. Тютин Д.В. 2019. Развитие методик бюджетирования в системе здравоохранения. Вестник Евразийской науки. 3 (11). URL: <https://esj.today/PDF/42ECVN319.pdf> (дата обращения: 14.02.2020).
15. Шейман И.М. 2016. Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи. Вопросы государственного и муниципального управления. 4: 143–161.

References

1. Akishkin V.G., Kvyatkovsky I.E., Putina S.A. 2014. Regional healthcare in conditions of institutional transformations: economic and financial aspect. Volgograd: Volgograd scientific publishing house. 276 p. (in Russian)
2. Baeva A.A. 2017. Problems of regional management in the health care system. Education and science without borders: social and humanitarian Sciences. 6. Pp. 80–85. (in Russian)
3. Guseva S.V., Ivanova N.G. 2016. Program budgeting in the sphere of health care at the regional level. Saint Petersburg State Economic University Bulletin. 1. Pp. 32–41. (in Russian)
4. Zubareva N.N. 2018. Organization of strategic management in medical organizations of the region. Scientific Bulletin of BSU. Medicine. Pharmacy. 41 (4): 591–599. (in Russian)
5. Zubareva N.N. 2018. Project management – the basis for improving primary health care in the Belgorod region. Analytical Bulletin of the Federation Council of the Russian Federation’s Federal Assembly. 7 (696): 10–22. (in Russian)
6. Kulakova E.V. 2014. Financial resources of medical organizations. Basic principles of income and expenditure budgeting. Health Care. 4. Pp. 26–33. (in Russian)
7. Obukhova O.V. 2012. Conditions for implementing the per capita principle of primary care financing. Chief Physician. 2. Pp. 61–62. (in Russian)
8. On national goals and strategic objectives of the Russian Federation for the period up to 2024: decree of the President of the Russian Federation dated 07.05.2018 No. 204. Reference legal system «Consultant Plus». «Legislation». Information Bank «Expert application». (in Russian)
9. Pavlov K.V., Stepchuk M.A., Pinkus T.M., Gospodynko E.M. 2012. Influence of new forms of financing on the effectiveness of primary health care. National interests: priorities and security. 7: 61–64. (in Russian)
10. Polyakov M.V. 2015. Features of per capita financing of outpatient care. Health Care. 2015. 4: 20–25. (in Russian)
11. Stepchuk M.A., Pinkus T.M., Pavlov K.V. 2015. Development of perspective forms of organization and financing of primary health care in the region in the conditions of Russian economy modernization. Izhevsk: Shelest, 2015. 355 p. (in Russian)
12. Strategy of social and economic development of the Belgorod region for the period up to 2025: resolution of the government of Belgorod region No. 27-PP dated 25.01.2010. Legal system reference «Consultant Plus». Section: «Legislation». Information Bank «Expert application». (in Russian)
13. Taimaskhanov Kh.E. 2013. Budgeting as a method of managing health resources. Questions of Economics and Law. 2: 11–12. (in Russian)
14. Tyutin D.V., Lesina T.V. 2019. Development of budgeting methods in the health care system. Bulletin of Eurasian Science. 3 (11). Available at: <https://esj.today/PDF/42ECVN319.pdf> (access: 14.02.2020). (in Russian)
15. Sheiman I.M. 2016. Problems of transition to the per capita principle of payment for primary health care. Questions of state and municipal management. 4: 143–161. (in Russian)

Ссылка для цитирования статьи For citation

Зубарева Н.Н. 2020. Финансово-экономический механизм развития первичной медико-санитарной помощи (региональный опыт). Экономика. Информатика. 47 (1): 13–22. DOI:

Zubareva N.N. 2020. Financial and economic mechanism for the development of primary health care (regional experience). Economics. Information technologies. 47 (1): 13–22 (in Russian). DOI: