Рахимов, Антон Алиевич. Развитие финансового механизма государственного обеспечения здравоохранения : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Рахимов Антон Алиевич; [Место защиты: Всерос. гос. налоговая акад. М-ва финансов РФ].- Москва, 2011.- 225 с.: ил. РГБ ОД, 61 11-8/2416

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава 1. Финансово-экономические условия обеспечения функционирования здравоохранения10**

1.1. Институциональные основы формирования финансовых ресурсов здравоохранения в условиях современной России 10

1.2. Зарубежный опыт финансирования системы здравоохранения 35

**Глава 2. Анализ источников и каналов финансового обеспечения развития здравоохранения75**

2.1. Анализ и оценка финансовых потоков здравоохранения в условиях рыночных преобразований 75

2.2. Программа государственных гарантий как направление реформирования системы финансового обеспечения здравоохранения 92

2.3. Роль национальных проектов в формировании финансовой базы здравоохранения 109

**Глава 3. Пути совершенствования механизма финансового обеспечения здравоохранения 134**

3.1. Направления развития финансового механизма государственного медицинского социального страхования 134

3.2. Концептуальные подходы к разработке нормативов финансирования здравоохранения 161

3.3. Государственно-частное партнерство как инструмент повышения уровня финансовой обеспеченности здравоохранения 171

Заключение 190

Список литературы 194

Приложения 215

**Введение к работе**

**I. Актуальность темы исследования.**В соответствии с Конституцией Российской Федерации государство выступает гарантом реализации целого ряда социальных обязательств, включая обеспечение их выполнения соответствующими финансовыми ресурсами. Одним из значимых для государственной поддержки социальных обязательств выступает здравоохранение. Приоритетность развития и совершенствования финансовых условий его функционирования обусловливают серьезные негативные тенденции, складывающиеся в последние годы в нашей стране и характеризующие здоровье населения. Поэтому необходимость обеспечения развития здравоохранения, отвечающего современным требованиям и потребностям населения страны, подчеркивается во многих принятых и обсуждаемых в течение последних лет социально и экономически значимых программных документах , одной из ключевых задач которых является развитие и совершенствование финансовых основ обеспечения его деятельности.

Анализ практики распределения и использования финансовых потоков здравоохранения свидетельствует о постепенном замещении объемов государственного финансирования негосударственными источниками средств, что фактически приводит к сужению финансово-экономических основ деятельности государственной системы здравоохранения и усложнению реализации равного доступа и прав для всех слоев населения на получение услуг здравоохранения. Это определяет необходимость проведения комплексного исследования каналов движения финансовых потоков в системе здравоохранения, источников их формирования, нормативной финансовой базы развития здравоохранения, возможностей использования различных форм взаимодействия государства и предпринимательских структур в финансировании здравоохранения. Все

1 «Национальный проект «Здоровье», «Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020г.», «Стратегия развития здравоохранения РФ до 2020г», «Концепция развития здравоохранения РФ до 2020г.» и ряд других.

приведенные положения актуализируют проблемы обоснования и развития финансового механизма функционирования системы здравоохранения адекватного ее целям, задачам и функциям в современном российском обществе.

**Степень научной разработанности проблемы.**Исследования общих и специальных проблем теории общественного сектора и общественных финансов проводятся зарубежными и отечественными учеными, находят отражение в научной и специальной литературе.

Фундаментальные разработки в области теории и методологии общественного сектора представлены в трудах отечественных и зарубежных ученых: A.M. Бабича, Н.А. Восколович, Е.Н. Егорова, Е.Н. Жильцова, В.М. Зуева, А. Пигу, Дж. Ю. Стиглица, Т. Шульца, Л.Я. Якобсона.

Исследованию теории общественных финансов посвящены труды A.M. Година, Г.И. Здоровцева, В.П. Иваницкого, И.В. Ишиной, СЕ. Лариной, И.Д. Мацкуляка, Б.Г. Поляка, М.В. Романовского, В.М. Родионовой Б.М. Сабанти, В.К. Сенчагова, В.А. Слепова.

В работах СЮ. Глазьева, Н.Г. Гловацкой, Ю.М. Комарова, М.М. Левкевич, A.M. Таранова, И.М. Шеймана, Чубаровой Т.В., СВ. Шишкина, Л.И. Шолпо, О.П. Щепина, Г.Э. Улумбековой, М. Фотаки и ряда других авторов сформулированы концептуальные подходы к формированию финансового обеспечения деятельности системы здравоохранения.

Некоторые вопросы, имеющие отношение к рассматриваемой в диссертации проблеме рассмотрены в трудах, содержащих результаты исследований в смежных областях.

Вместе с тем проводимые исследования, рассматривая различные стороны и аспекты, связанные с развитием финансового механизма здравоохранения, пока еще не сформировали достаточно полное, целостное понимание областей, границ и источников финансового обеспечения системы здравоохранения, форм и методов увеличения объемов ее финансирования.

Потребность в дальнейшем решении этого круга задач определила выбор цели, задач, логику построения диссертации и проведения исследования.

**Целью исследования**является обоснование путей совершенствования механизма государственного обеспечения деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях российской экономики.

В соответствии с целью исследования в работе были поставлены и решены следующие задачи:

- исследовать теоретические аспекты финансового обеспечения  
государственных учреждений здравоохранения и определить роль  
государства в процессе финансирования;

- провести анализ экономических условий совершенствования развития  
механизма социального страхования в финансировании здравоохранения;

выявить пути совершенствования концептуальных основ формирования нормативной базы финансирования здравоохранения и методических подходов к расчету подушевых финансовых нормативов;

- определить наиболее значимое направление развития института  
государственно-частного партнерства в здравоохранении и проанализировать  
финансовые схемы его функционирования в интересах общества и населения  
страны.

**Объектом исследования**является система финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации.

**Предметом исследования**являются финансовые процессы системы здравоохранения.

**Теоретической и методологической основой исследования**послужили научные концепции, содержащиеся в фундаментальных трудах отечественных и зарубежных ученых в области теории общественных финансов и бюджета, финансов здравоохранения, государственно-частного партнерства. В основу проведения исследования положены диалектические принципы, которые позволили выявить сущностные характеристики исследуемых процессов, формы их проявления, выделить присущие им

противоречия и определить тенденции развития. Исследование проводилось с использованием методов и приемов логического, системного, сравнительного и статистического анализа, научной абстракции.

**Информационную базу исследования**составили законодательные и другие нормативные документы Российской Федерации, регламентирующие финансовые аспекты функционирования системы здравоохранения, материалы Федеральной службы государственной статистики, данные Министерства финансов Российской Федерации, Федерального казначейства (казначейства России), Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, монографические научные публикации зарубежных и отечественных авторов по проблемам, относящимся к теме диссертации, материалы научных обсуждений, публикации в периодической печати и на официальных сайтах в Интернете по рассматриваемым в диссертации вопросам, собственные разработки и расчеты автора.

**Научная новизна исследования**состоит в обосновании концептуальных подходов к развитию финансового механизма государственного обеспечения здравоохранения за счет оптимизации финансовых потоков в целях более эффективного формирования, распределения и использования ресурсной базы финансирования здравоохранения.

**Основные научные результаты, полученные лично автором и их научная новизна,**заключаются в следующем:

- определена необходимость усиления государственного регулирования  
финансовых потоков, направляемых в здравоохранение с учетом его  
социально-экономической значимости для государства, общества и каждого  
конкретного человека;

- сформулированы авторские предложения по развитию страхового  
механизма финансирования здравоохранения на основе консолидации

финансовых ресурсов, поступающих по каналам обязательного медицинского и социального страхования и создания на этой основе целевого государственного фонда социального страхования;

предложен концептуальный алгоритм совершенствования методических подходов к разработке подушевых нормативов финансирования здравоохранения как основы объективной оценки объемов его финансового обеспечения и выполнения стратегических приоритетов развития социальных программ;

- разработаны алгоритм и модель взаимодействия государственных институтов и субъектов предпринимательства через институт государственно-частного партнерства в финансировании здравоохранения; предложена система критериев позволяющая осуществлять отбор субъектов предпринимательства для участия в государственно-частном партнерстве.

**Теоретическая значимость результатов диссертации**определяется разработанными в нем методологическими подходами к исследованию финансового механизма обеспечения деятельности системы здравоохранения, формированию комплекса основных принципов его построения.

**Практическая значимость результатов диссертации**определяется  
возможностью их использования в целях определения путей  
совершенствования финансовых инструментов развития системы  
здравоохранения при уточнении положений и параметров законодательно-  
нормативной базы регламентирующей финансовые условия  
функционирования сферы здравоохранения, а также возможностью  
реализации при проведении учебного процесса по подготовке и  
переподготовке специалистов по специальности 060502 «Экономика и  
управление на предприятии здравоохранения» (специализации «Финансовое  
управление на предприятии здравоохранения»).

**Апробация результатов диссертации.**Основные положения и результаты исследования докладывались на ряде научно-практических

конференций: Международной научно-практической конференции «Тенденции и перспективы развитии современного общества: экономика, социология, философия, право» (Саратов, 2009г.); Международной научно-практической конференции «Модернизация и перспективы развития современного общества (экономический, социальный, философский, правовой аспекты)» (Саратов, 2010г.); 12 Международной межвузовской научно-практической конференции «Национальные интересы РФ и финансовое оздоровление экономики» (Москва, 2010г.); Межвузовской научно-практической конференции «Общество-Экономика-Право в условиях модернизации России» (Москва, 2011г.).

По теме диссертации лично автором опубликованы 8 работ общим объемом 3,1 п.л., из них 3 работы в издании, рекомендованном ВАК Минобранауки России.

## Зарубежный опыт финансирования системы здравоохранения

Резюмируя все выше сказанное, отметим, что преобразование социальной сферы связано с необходимостью повышения эффективности расходования бюджетных средств. До недавнего времени финансирование всех государственных и муниципальных учреждений осуществлялось только по смете. Суммы финансирования, как правило, определялись методом индексации прежнего уровня бюджетных средств, выделяемых учреждению. Субсидиарная ответственность по принимаемым учреждением обязательствам закреплялась за его собственником. При этом реальные потребности учреждений в бюджетных средствах могли быть как более высокими, так и более низкими. Результаты работы, качество оказываемых учреждениями услуг в расчет практически не принимались. Самостоятельность учреждений в управлении собственной деятельностью, финансовыми средствами и имуществом, в решении кадровых вопросов были весьма незначительны.

Сметное финансирование от фактически сложившихся расходов и отсутствие эффективных механизмов контроля за полученными средствами и имуществом объективно не создавало стимулы для повышения эффективности работы, как самих медучреждений, так и органов власти, которым они подведомственны. По сути, осуществлялось содержание совокупности учреждений вне зависимости от объема и качества оказываемых ими услуг.

Новые правовые формы должны способствовать более успешной деятельности учреждений, расширяя их финансовую самостоятельность при обязательном сохранении участия государства в поддержке здравоохранения. Постепенный переход к финансовому обеспечению бюджетных учреждений на основании государственного (муниципального) задания начал осуществляться с 2010г. и пока еще рано говорить об успешности реализации на практике этого нового метода работы с учреждениями социальной сферы.

Останавливаясь на анализе зарубежного опыта финансирования здравоохранения, отметим, что способы формирования бюджета здравоохранения в каждой стране имеют свои определенные, специфические особенности и очень сложно провести их полную систематизацию и четкую группировку по каким-либо признакам. Однако существуют некоторые выработанные на протяжении достаточно длительного периода времени принципы, которые закладываются в основу финансового обеспечения этого вида экономической деятельности и дающие вектор развития финансового механизма здравоохранения, действующего в каждой конкретной стране.

Поскольку развитие здравоохранения, как определенного, специфического вида экономической деятельности не может ограничиваться рамками какой-либо одной взятой страны, и уровень его оказывает влияние на все мировое пространство (можно для примера взять любое заболевание, например, ВИЧ, птичий или свиной грипп в результате которых подвергаются угрозе заражения многие страны мира) проблемы связанные с функционированием и деятельностью здравоохранения находятся под пристальным внимаем мирового сообщества и осуществляется постоянный мониторинг основных наиболее важных характеристик его состояния.

Так, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), членами которой на сегодняшний день являются 193 государства, проводит постоянный мониторинг состояния национальных систем здравоохранения. В число основных показателей включены данные по расходам на здравоохранение (доля государственных и частных инвестиций, процент расходов от ВВП, расходы на душу населения и т.п.).

Важным в мировой практике организации системы здравоохранения является показатель доли валового внутреннего продукта (ВВП) направляемого на медицинские нужды и поддержания здоровья нации. ВОЗ установлен желательный минимум расходов на здравоохранение (в совокупности, как государственных, так и частных) в процентах от ВВП — не менее 5%. Остановимся более подробно на пострановом рассмотрении этого показателя в зависимости от источников формирования финансовой базы здравоохранения.

Доля финансирования здравоохранения по отношению к ВВП, формируемая за счет государственных средств представлена на рис. 4 и дает возможность ее анализа по странам ОЭСР (OECD) и России. Из рисунка видно, что в нашей стране затраты государства на финансирование здравоохранения очень низкие по сравнению с другими странами и это является важным аргументом поддержки его преимущественно бюджетного обеспечения.

Если проводить сопоставление по доле государственного финансирования на здравоохранение в ВВП в отдельных странах, то в последние годы они были следующие: в России - чуть больше 3%, в Польше - 5,1% в Венгрии - 5,2%, в Чехии - 5,9%, в Финляндии -6,2%, в Швеции - 7,7%, в Германии - 8,1% и т.д. Таким образом, даже в странах недавно вступивших на путь рыночных преобразований, так называемой зоне новой Европы государства оказывают большее внимание здравоохранению, его финансово-ресурсному обеспечению, нежели в России.

## Программа государственных гарантий как направление реформирования системы финансового обеспечения здравоохранения

Обязательное медицинское страхование (далее — ОМС) является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. При этом, система ОМС в нашей стране создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

ОМС является одним из финансовых механизмов обеспечения бесплатных медицинских услуг населению. В нашей стране данный механизм начал действовать в 1993 г. с началом уплаты страховых взносов работодателями в фонды обязательного медицинского страхования, полисы обязательного медицинского страхования начали выдаваться гражданам с 1995г. Появившийся в начале 90-х годов в России новый закон53, определил дальнейшее направление развития сферы здравоохранения в РФ, а именно — страхование медицинских услуг. В жизни простых граждан появилось такое понятие как «обязательное медицинское страхование», были определены виды страхования, субъекты отношений и система их регулирования в рамках принятой новой концепции. На сегодняшний день структура системы ОМС представлена 84 территориальными фондами ОМС, 106 страховыми медицинскими организациями (СМО) и 246 филиалами СМО (по данным за 2009г.)54.

В 2009 году в Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования работало по договорам 8142 медицинских учреждений.

За этот же год в медицинские организации поступило 491, 5млрд. рублей, в том числе на оплату территориальной программы обязательного медицинского страхования 486,0 млрд. рублей. Численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, равнялась 142,3 млн. человек.

Из общей численности застрахованных страховыми медицинскими организациями на долю 14 наиболее крупных страховых медицинских организаций приходится свыше 72 % застрахованных, из которых страховой компанией ЗАО MACK «МАКС-М» застраховано 21,1 млн. человек, или 15,2% от общей численности застрахованных, СМК ОАО «РОСНО-МС» - 15,7млн. человек (11,2%), «ОАО СК СОГАЗ - Мед» - 11,4 млн. человек (8,2%). В структуре поступлений средств основную долю составляли страховые платежи - 457,3 млрд. рублей или 98,0 %. Из них на ведение дела поступило 7,6 млрд. рублей, или 1,6%. В общей сумме расходов страховых медицинских организаций 451,6 млрд. рублей (97,0%) израсходовано на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Важной задачей органов государственного управления и местного самоуправления в области здравоохранения является создание условий для реализации Программы государственных гарантий (ПГГ) населению в бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов и фондов обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации. Решение основной задачи ПГТ предполагает проведение ряда мероприятий по совершенствованию действующей сегодня системы финансирования здравоохранения, нацеленных на: использование финансовых ресурсов не только как платежа за те или иные медицинские услуги, но и как экономического инструмента управления качеством медицинской помощи и повышения ее социальной, медицинской и экономической эффективности; реализацию принципа заинтересованности медицинского персонала в оптимизации структуры медицинских услуг на всех ее этапах; рациональное использование дорогостоящих видов медицинской техники. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений. Программа включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, объемы медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, обеспечивающих предоставление гарантированных объемов медицинской помощи. Следует отметить, что минимальный подушевой норматив финансирования ПГТ был разработан в 1999г. на основе фактически сложившихся в том момент расходов на здравоохранение и корректируется с этого времени, исходя из возможностей выделения на эти цели финансовых ресурсов. То есть как будет показано в следующей главе его значения не отражают даже пороговые объемы финансовых ресурсов, необходимых для финансирования здравоохранения в расчете на одного жителя. Далее отметим, что программа разработана исходя из нормативов объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов обязательного медицинского страхования. Программа пересматривается ежегодно. На основе Программы и методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств субъектов.

Так, действующая методика финансирования страховых медицинских организаций утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158 «О правилах обязательного медицинского страхования».55

Расчет объемов финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется территориальным фондом ежемесячно и утверждается директором территориального фонда.

## Роль национальных проектов в формировании финансовой базы здравоохранения

Приоритетный национальный проект «Здоровье» реализуется в нашей стране с 2006 года. По мнению министра здравоохранения и социального развития РФ Т. А. Голиковой, «...таких масштабных мероприятий в сфере здравоохранения не проводилось уже 20 лет. Будучи значительным в организационном, территориальном и финансовом плане национальный проект «Здоровье» в то же время представляет собой точечные действия, направленные на решение самых болевых проблем. Но даже при том, что проект действовал локально, его эффективность и системное воздействие на здравоохранение оказались высокими. В качестве первоочередных проблем российского здравоохранения были выделены: профилактика, кадровая политика, состояние материально-технической базы, развитие первичной и высокотехнологичной медицинской помощи. На эти проблемы было направлено государственное внимание и существенные финансовые вложения»62.

Разработка национального проекта «Здоровье» началось в условиях серьезного кризиса в системе здравоохранения. Так, износ основных фондов в здравоохранении составлял 58,5%, в сельской местности этот показатель доходит до 80%). Наблюдается недостаточное обеспечение здравоохранения высокотехнологичной медицинской помощью (17-22% в целом по стране), Также не хватает специалистов в области здравоохранения. Например, в городах укомплектованность врачами составляет 52,9%, в сельской местности 12,2% на 10 тыс. чел.).65

История, как отечественная, так и зарубежная, знает немало примеров такого рода проектов. В России к наиболее известным из них можно отнести промышленную революцию Петра I, реформу аграрных отношений 1861 г., строительство транссибирской магистрали, возрождение российского флота после поражения в русско-японской войне в начале XX века, выдвижение плана электрификации России и ее индустриализация в 1930-х гг., создание ракетно-ядерного щита в 1950-х-1960-х гг., освоение нефтегазовых ресурсов Сибири и т.д.66 Говоря о зарубежном опыте можно вспомнить о «новых рубежах» президента США Ф. Рузвельта, позволивших возродить американскую экономику после тяжелейшего кризиса 1929-1933 гг., проектах, обеспечивших послевоенное восстановление Германии и Японии после поражения в мировых войнах, лунный проект США.

Примером также может послужить появление в 1965г. в Соединенных Штатах Америки (при президенте Линдоне Джонсоне) программы «Медикэр» для пожилых людей старше 65 лет. Благодаря этому около 10% населения было охвачено страхованием здоровья (правда, в ограниченной форме). В том же году была введена программа «Медикэйд», согласно которой государство участвовало в финансировании проектов, разрабатываемых правительствами штатов и предназначенных для медицинского обслуживания неимущих. Благодаря введению программы еще 25% американцев получили возможность страховать здоровье . Эта программа в США реализуется и в настоящее время.

На том же континенте в 1974г. канадский министр здравоохранения Марк Лалонд выступил с новым документом «Новы перспективы здоровья канадцев», который послужил ориентиром в проведении общественной политики. В документе здравоохранение рассматривалось в качестве комплекса генетических, экологических проблем и особенностей образа жизни, а также собственно медицинского обслуживания. В результате отличительной чертой канадской социальной политики стала охрана здоровья с целью изменения вредных привычек граждан (курение переедание, отсутствие физической активности)68.

Анализ выдвигаемых в прошлом национальных проектов и ход их реализации позволяет выявить общие их черты69: Все эти проекты выдвигались в условиях, когда сохранение оптимистической исторической перспективы для данного общества требовало его (общества) качественного преобразования. Соответственно, выдвигаемые в этот период проекты были направлены не просто на решение тех или иных экономических или научно-технологических задач. Проект потому и получал статус национального, что его реализация вела (должна была вести) к качественному преобразованию самого общества,

сложившегося образа его жизни, присущей ему системы социально-экономических отношений и, как результат, переход к новой восходящей волновой траектории.

Результаты реализации выдвигаемых проектов затрагивали коренные интересы всего общества, всех его членов, поэтому удача или неудача этих проектов определялась не только их исторической, социально-экономической, технологической и т.д. целесообразностью, наличием организационно-административных и экономических механизмов их реализации. Требовалась, прежде всего, общенациональная заинтересованность в этих проектах. В свою очередь такая заинтересованность во многом определялась тем, насколько они были понятны и «сопрягались» с насущными потребностями большинства населения и общенациональным доверием к власти, выдвинувшей эти проекты.

На рубеже XX и XXI веков Россия столкнулась с общесистемным кризисом, поставившим под угрозу само ее существование. Преодоление этого кризиса требовало глубокого качественного преобразования сложившейся системы социально-экономических и политических отношений. Общенациональные проекты, как показывает исторический опыт - эффективный механизм таких изменений. Таким образом, сама идея выдвижения высшей государственной властью России национальных проектов представляется весьма плодотворной70.

Развал системы бесплатного медицинского обслуживания в условиях широкого распространения бедности стал существенным фактором ухудшения здоровья населения. Снижение репродуктивного здоровья женщин формирует порочный круг передачи нездоровья из поколения в поколение. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения должен был стать первым этапом решения проблемы доступности качественной и высокотехнологичной медицинской помощи населению.

## Концептуальные подходы к разработке нормативов финансирования здравоохранения

В настоящее время, по данным статистической отчетности136 порядка 70% и более бюджетных средств на здравоохранение, аккумулируемых в Минздравсоцразвитии РФ, региональных и муниципальных органах управления здравоохранением, в Федеральном фонде ОМС (ФОМС) и территориальных фондах ОМС (ТФОМС), а также в Фонде социального страхования (ФСС) расходуется на Программу госгарантий (ПГГ), специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь, на обеспечение отдельных категорий населения лекарственными средствами, на содержание и развитие учреждений, находящихся в бюджетной собственности.

Следует отметить, что тарифы на медицинские услуги в РФ устанавливаются исходя из всех имеющихся средств на реализацию ПГГ и запланированных объемов медицинской помощи, в то же время практически не принимаются во внимание современные международные стандарты ее оказания. Здесь существуют как объективные так и субъективные причины. Недостаточность планируемых объемов финансирования на ПГГ, выделение их по факту имеющихся государственных финансовых ресурсов делает невозможным реализацию услуг здравоохранения на уровне соответствующим международным стандартам, отсюда вытекают и все субъективные причины, характеризующие в целом отечественное здравоохранение: слабость его материально-технического оснащения, отсутствие современных медицинских приборов и оборудования, материалов для проведения диагностических исследований; зачастую отсутствие в достаточном количестве, квалифицированного медицинского персонала по причине невысокой заработной платы, низкий уровень их знаний, сложные организационные условия для осуществления профессиональной деятельности; слабость лекарственной базы существенно тормозят развитие здравоохранения в России. Отдельные результаты реализации ПГТ представлены в таблицах 19 20, которые содержат показатели, характеризующие оказание и финансирование медицинской помощи гражданам Российской Федерации, за период 2008-2009гг. в целом наблюдается их незначительный рост за рассматриваемый период. По финансированию стационарной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий (ТПГТ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи наблюдаются следующие темпы роста средней стоимости лечения одного больного в 2009 году по сравнению с 2008 годом: всего - 110,8%, за счет средств ОМС и консолидированных бюджетов субъектов на ТПОМС - 112,0%, за счет средств бюджетов субъектов — на 112,5%, за счет местных бюджетов — 102,4%.

Существуют региональные различия в финансировании здравоохранения, что видно из данных характеризующих неисполнение программ. Это наблюдается в большинстве субъектов РФ и связано с проблемой недофинансирования. Причем неисполнение программы носит перманентный характер и это происходит ежегодно, начиная с 1999г., что свидетельствует как о постоянной нехватке средств в субъектах РФ, так и о неэффективности существующего механизма выравнивания ПГТ из ФОМС и федерального бюджета. Фактические показатели реализации территориальных программ государственных гарантий по объемам и финансовому обеспечению оказанной медицинской помощи в 2009 году представлены в Приложении 2. В результате по данным российских аналитиков фактические среднедушевые расходы на Till Г разнятся в 4,2 раза между 10% самыми бедными и 10% самыми богатыми регионами. Больше всего тратят на здравоохранение регионы с высоким уровнем ВРП, полученным в большинстве случаев за счет хозяйствующих субъектов расположенных на конкретной территории являющихся на этой территории налогоплательщиками и осуществляющих свою деятельность в сфере добычи углеводородного сырья. Например, самые высокие подушевые показатели финансового обеспечения территориальных программ в 2008 году были в таких субъектах РФ как Чукотский автономный округ - 32217,2 рублей (прежде всего из-за ограниченного контингента населения), Ненецкий автономный округ - 23346,0 рублей, Ханты-Мансийский автономный округ 20694,4 рублей. К регионам с самыми низкими показателями подушевого финансового обеспечения относятся Республика Ингушетия - 1959,1 рублей, Республика Дагестан -3108,8 рублей, Кабардино-Балкарская Республика - 3133,6 рублей.

Это положение подтверждается данными, характеризующими дефицит финансирования ТПГГ оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в субъектах РФ. Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ в 2008 году позволил установить дефицит их финансового обеспечения в 49 субъектах Российской Федерации, который составил 42,8 млрд. рублей.

Финансирование здравоохранения в существенной степени определяется уровнем экономического развития территорий страны, а их неравенство в объемах финансирования — это следствие существенной их дифференциации по важнейшим показателям социально-экономического развития. Существуют значительные различия между субъектами РФ в стоимости таких единиц объема оказываемой медицинской помощи, как вызов скорой помощи, посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, койко-дня в больнице, пациенто-дня в дневном стационаре. Например, при реализации ТПГГ в 2008 году стоимость койко-дня в Московской области составила 1418,6 руб., а в республике Тыва - 498,7 руб.