

Андреева О.В.,
кандидат экономических наук, доцент кафедры «Финансы» Ростовского государственного экономического университета (РИНХ)

E-mail: olvandr@ya.ru

Самойлова К.Н.,
кандидат экономических наук, доцент кафедры «Финансы» Ростовского государственного экономического университета (РИНХ)

E-mail: koa@list.ru

Такмазян А.С.,
кандидат экономических наук, доцент кафедры «Финансы» Ростовского государственного экономического университета (РИНХ)

E-mail: aida2010@land.ru

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВНЕДРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОДНОКАНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Цель – исследовать необходимость, преимущества и недостатки внедрения одноканальной модели финансирования медицинских организаций.

Результаты – дана оценка работы по внедрению преимущественно одноканальной модели финансирования медицинских учреждений по материалам Ростовской области.

Заключение. Переход к преимущественно одноканальной модели финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования считается прогрессивным направлением реформирования здравоохранения, однако следует учитывать целый ряд проблем его дальнейшего развития, направленных на сглаживание недостатков данной модели. Учитывая сложности текущего социально-экономического развития, необходимо расширять практику привлечения негосударственных источников финансового обеспечения отрасли, особенно в условиях экономического кризиса.

Ключевые слова: источники финансирования медицинских учреждений, обязательное медицинское страхование, одноканальное финансирование медицинских учреждений.

**Andreeva O.V., Samoylova K.N.,
Takmazyan A.S.,**

ACTUAL ISSUES OF INTRODUCTION AND DEVELOPMENT OF MAINLY SINGLE-CHANNEL MODEL OF FINANCING OF MEDICAL INSTITUTIONS

Purpose. The purpose is to investigate the necessity, the advantages and disadvantages of the implementation of the single-channel model of financing of medical institutions.

Results. The estimation is given to the work on introducing of mainly single-channel model of financing of medical institutions based on the Rostov region materials.

Conclusion. We believe that the transition to the mainly single-channel model of financing at the expense of compulsory health insurance funds is a progressive direction of the healthcare system reforming, but a variety of problems of its further development aimed at smoothing of the disadvantages of this model should be taken into account. Taking into consideration the complexity of the current socio-economic development, it is necessary to expand the practice of involving non-state sources of financial support of the industry, especially during the economic crisis.

Keywords: sources of financing of the medical institutions, compulsory health insurance, single-channel financing of medical institutions.

Введение

С переходом к рыночным отношениям в стране активно обсуждались вопросы изменения модели финансового обеспечения медицинских организаций, был сделан выбор в пользу усиления страховых принципов на основе обязательного медицинского страхования. С 2011 года происходил переход на новую модель, процесс к

настоящему моменту в целом завершен. В этой связи интересным представляется анализ результатов перехода на новые финансовые условия деятельности медицинских учреждений и выявление резервов их дальнейшего совершенствования.

Цель. Исследовать необходимость, преимущества и недостатки внедрения одноканальной модели финансирования медицинских организаций.

Задачи:

- изучить предпосылки перехода к одноканальной модели финансирования в здравоохранении;

- охарактеризовать промежуточные результаты внедрения одноканального финансирования на примере медицинских учреждений Ростовской области;

- оценить необходимость углубления новых подходов в финансировании отрасли.

Результаты

В последние годы в Российской Федерации проводится активная государственная политика в сфере охраны здоровья, главной целью которой является повышение качества жизни. Ключевыми здесь по-прежнему остаются проблемы мобилизации адекватных потребностям медицинских учреждений источников финансирования и эффективного использования финансовых ресурсов здравоохранения. В процессе рыночной трансформации российской экономики в здравоохранении сложилась бюджетно-страховая модель финансирования с преобладанием бюджетной составляющей, в связи с низким уровнем поступающих в систему обязательного медицинского страхования средств как работодателей, так и органов власти на страхование неработающего населения. Такая многоканальность финансирования отрасли, а основными ее недостатками считаются: несовершенство и несбалансированность взаимодействия участников системы управления и финансирования здравоохранения, снижение возможности перспективного планирования расходов, затруднение процесса управления финансовыми потоками в целом, сложность в осуществлении контроля за эффективным и рациональным исполь-

зованием денежных средств, дублирование отчетности, отсутствие заинтересованности в повышении качества предоставляемых медицинских услуг и другие [1-14], – предопределила низкую эффективность функционирования отечественного здравоохранения.

Итак, до недавнего времени в России функционировала бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения, основанная на привлечении бюджетных и внебюджетных источников (см. рис. 1).

Введение новой модели, получившей название «преимущественно одноканального финансирования» не отрицает возможности привлечения указанных на рисунке 1 источников. По-прежнему источниками финансирования учреждений здравоохранения являются средства бюджетов различных уровней бюджетной системы, финансовые ресурсы системы обязательного медицинского страхования, а также средства хозяйствующих субъектов, личные средства граждан, безвозмездные и благотворительные взносы, пожертвования и иные источники, не запрещенные законодательством.

Важно подчеркнуть, что изменяется не набор источников, а их соотношение и каналы их поступления в медицинское учреждение.

По данным Всемирной организации здравоохранения (см. таблицу 1), в России значительно ниже доля расходов системы государственного медицинского страхования (44,6%) по сравнению со странами, давно применяющими данную модель финансирования здравоохранения: в Германии – 88,6%, в Австрии – 55,7% в общих государственных расходах на отрасль по данным 2010 года.

Переход к одноканальной модели финансирования здравоохранения предполагает, что основная часть средств направляется из системы обязательного медицинского страхования, при этом оплата медицинской помощи будет осуществляться по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг.

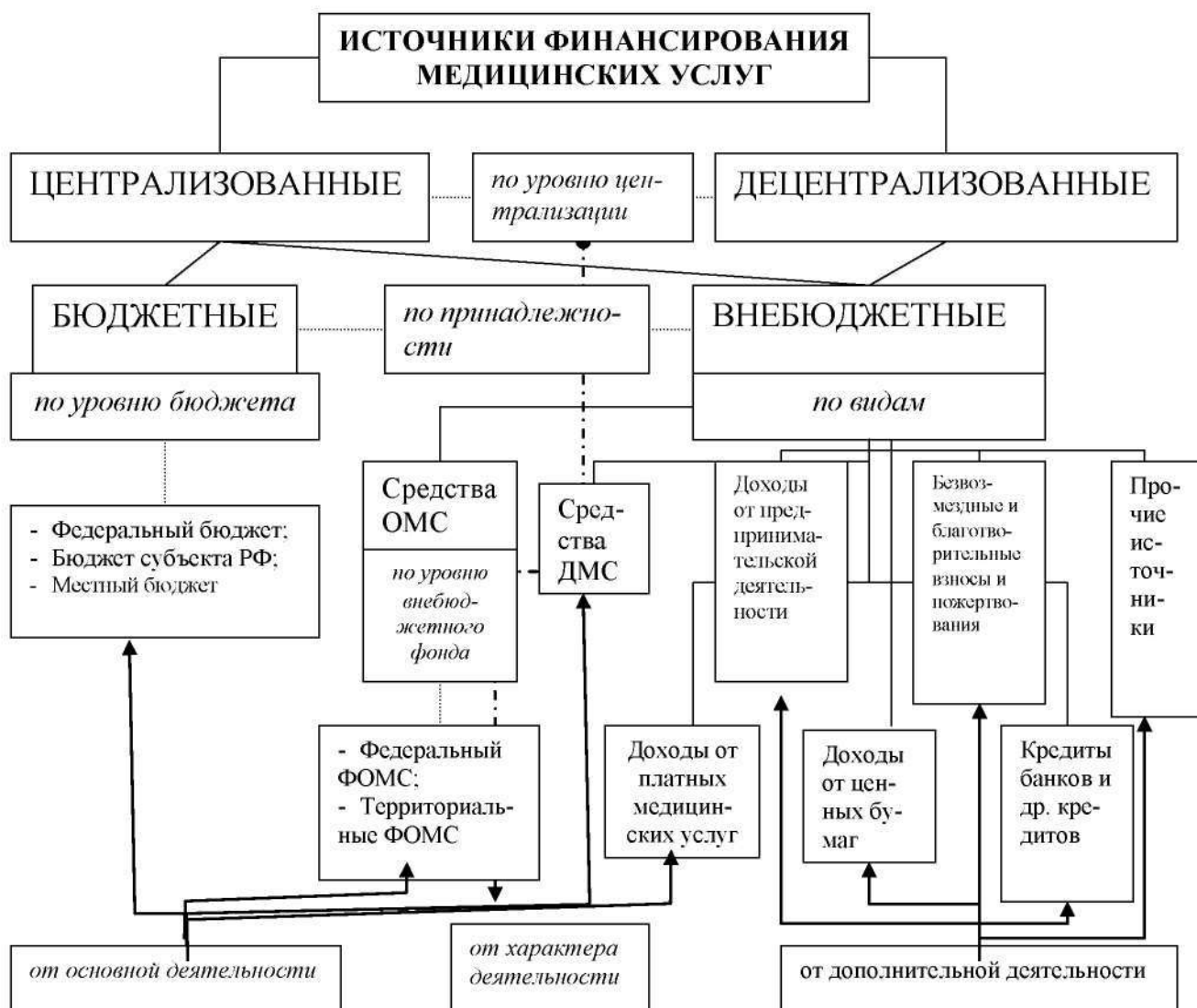


Рисунок 1 – Источники финансирования системы здравоохранения [15]

Новации в изменении модели финансирования отрасли предусматривают увеличение доли средств обязательного медицинского страхования, которая за первый год преобразований (2011 год) уже достигла 70%, с перспективой дальнейшего роста.

Одноканальное финансирование обладает рядом преимуществ, среди которых можно выделить следующие:

- все финансовые ресурсы системы обязательного медицинского страхования проходят через Федеральный фонд, что позволяет усилить контроль за эффективным и рациональным их использованием;

- финансирование медицинских учреждений основано не на смете, а на результатах деятельности (объемах предоставленных услуг);

- обеспечение медицинской помощи предусмотрено в полном объеме с учетом реальных затрат, то есть стоимость лечения должна определяться по законченному случаю по стандартам медицинской помощи;

- в большей степени обеспечивается доступность медицинских услуг для всех граждан РФ независимо от местожительства (реализация принципа экстерриториальности).

Таблица 1 – Структура расходов на здравоохранение в отдельных странах мира в 2000 и 2010 году

Государства-члены	Доля расходов на здравоохранение									
	Общие расходы на здравоохранение как % от валового внутреннего продукта		Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих расходов на здравоохранение		Расходы системы социального страхования на здравоохранение как % от общих государственных расходов на здравоохранение		Частные расходы на здравоохранение как % от общих расходов на здравоохранение		Частное медицинское страхование как % от частных расходов на здравоохранение	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Австрия	10.0	11.0	75.6	76.2	59.0	55.7	24.4	23.8	19.4	18.8
Германия	10.4	11.5	79.5	76.8	87.2	88.6	20.5	23.2	40.2	39.9
Испания	7.2	9.6	71.6	74.2	9.6	6.1	28.4	25.8	13.7	21.4
Италия	8.0	9.5	72.5	77.6	0.1	0.2	27.5	22.4	3.2	4.6
Республика Корея	4.5	7.1	48.6	58.2	77.3	77.5	51.4	41.8	9.4	13.3
Российская Федерация	5.4	6.5	59.9	58.7	40.3	44.6	40.1	41.3	8.1	7.1
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	7.0	9.6	78.8	83.2	21.2	16.8	19.2	18.8
США	13.4	17.6	43.2	48.2	80.3	86.4	56.8	51.8	60.3	64.4
Украина	5.6	7.8	51.8	56.6	0.0	0.5	48.2	43.4	1.1	2.0
Франция	10.1	11.7	79.4	76.9	94.3	95.3	20.6	23.1	61.6	59.3
Япония	7.6	9.2	80.8	80.3	84.9	87.3	19.2	19.7	12.7	12.5

Источник: составлено авторами по материалам ВОЗ [16]

Основными источниками финансовых ресурсов системы обязательного медицинского страхования в условиях действия одноканальной модели в соответствии с Концепцией развития здравоохранения до 2020 г. являются:

- страховые взносы работодателей на обязательное медицинское страхование работающего населения;

- страховые взносы субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

- межбюджетные трансферты на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования [17].

На территории Ростовской области были реализованы следующие мероприятия по переходу к одноканальной модели финансирования системы регионального здравоохранения (см. рис. 2).

Изменение доли финансовых ресурсов при внедрении одноканальной модели

финансирования в медицинских организациях региона можно показать на примере ряда лечебно-профилактических учреждений Ростовской области (см. таблицу 2). На структуру доходов влияют масштабы участия в реализации территориальной программы госгарантий. Так, для муниципальных бюджетных учреждений здравоохранения (МБУЗ) четко проявилась тенденция к росту средств обязательного медицинского страхования.

Основным видом доходов лечебно-профилактических учреждений за период 2012-2013 года являлись средства обязательного медицинского страхования. Доля финансовых ресурсов, поступивших в учреждения по каналам обязательного медицинского страхования, за рассматриваемый период превысила 70% для всех учреждений, как и было запланировано, а значит, для данного вида медицинских учреждений практически завершен переход на одноканальную модель финансирования.



Рисунок 2 – Мероприятия, обеспечивающие поэтапный переход медицинских учреждений на одноканальное финансирование в Ростовской области [18]

Таблица 2 – Состав и структура источников финансирования лечебно-профилактических учреждений Ростовской области в 2012-2013 гг.

Показатели	2012 год, тыс. руб.	Уд. вес, %	2013 год, тыс. руб.	Уд. вес, %
МБУЗ г. Ростова-на-Дону				
Бюджетные средства (субсидии на выполнение госзадания)	4 006,50	10,64	3 725,4	9,79
Средства обязательного медицинского страхования (субсидии на выполнение госзадания)	31 718,6	84,36	32 349,5	84,88
Собственные доходы (доходы от оказания платных медицинских услуг)	1 879,0	5,0	2035,4	5,35
МБУЗ ЦРБ Мясниковского района				
Бюджетные средства (субсидии на выполнение госзадания)	22 570,8	24,00	23 954,6	23,36
Средства обязательного медицинского страхования (субсидии на выполнение госзадания)	66 662,9	70,89	73 199,2	71,39
Собственные доходы (доходы от оказания платных медицинских услуг)	4 800,0	5,10	5 386,9	5,25
МБУЗ ЦРБ Азовского района				
Бюджетные средства (субсидии на выполнение госзадания)	56 792,2	23,90	54 524,5	20,69
Средства обязательного медицинского страхования (субсидии на выполнение госзадания)	165 440, 1	69,63	192 164, 0	72,95
Собственные доходы (доходы от оказания платных медицинских услуг)	15 359,3	6,46	16 742,0	6,35

Источник: составлено авторами по материалам отчетности медицинских учреждений.

Что касается собственных доходов лечебно-профилактических учреждений, то они могут формироваться за счет следующих источников: оказания платных медицинских услуг населению и по договорам с организациями и учреждениями, услуг добровольного медицинского страхования; страховых выплат от страховых компаний в качестве возмещения ущерба в результате наступления страхового случая; использования имущества (сдача в аренду нежилых помещений и имущества; сдачи металлолома и драгоценных металлов (драгоценных камней), полученных при выведении основных средств из эксплуатации; сдачи макулатуры; продажи собственного имущества; сдачи серебра и серебросодержащих отходов); оптовой и розничной торговли, оказания бытовых услуг (парикмахерских, косметических услуг, плата за парковку автомобилей на платную автостоянку); возмещения арендаторами общеэксплуатационных расходов по содержанию здания; возмещения

арендаторами затрат на проведение текущего ремонта в арендуемых ими помещениях; долевого участия арендаторов в расходах на капитальный ремонт объектов, где осуществляется аренда нежилых помещений; условия пребывания повышенной комфортности; предоставления сервисных услуг; экспертной деятельности; организации общественного питания; добровольных пожертвований юридических и физических лиц.

Доля собственных доходов лечебно-профилактических учреждений, невелика, но имеет значительные резервы роста.

Применение одноканальной модели финансирования должно способствовать улучшению показателей эффективности использования ресурсов здравоохранения при реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ) в Ростовской области, о чем свидетельствуют данные таблицы 3.

Таблица 3 – Критерии эффективности использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других) в соответствии с ТПГГ в Ростовской области на 2014-2016гг.

№ п/п	Критерии эффективности использования ресурсов	Единица Измерения	Целевые значения показателей ТПГГ		
			2014 г.	2015 г.	2016 г.
1.	Рациональное и целевое использование коечного фонда (работа койки)	Дней	324,5	327,2	328,5
2.	Функция врачебной должности	Посещений на 1 врачебную должность в год	5012	5100	5100
3.	Обеспеченность населения врачами, в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях	на 10 тыс. человек населения	30,5	31,2	33,0
4.	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях	на 10 тыс. человек населения	78,0	78,3	79,0
5.	Средняя длительность лечения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	дней	12,6	12,6	12,6

Источник: составлено авторами по данным ТПГГ Ростовской области

При рассмотрении данных таблицы 3 интересным представляется сравнение с данными, опубликованными ВОЗ (см. табл. 4). Так, в среднем по России обеспе-

ченность населения докторами и другими медицинскими работниками на 10 тыс. населения представлена значением 50, а по Ростовской области наблюдаются значи-

тельно отличающиеся данные: обеспеченность врачами 30,5, а средним медперсоналом – 78 в 2014 году. Несмотря на это, обращает внимание значимый факт – в развитых странах этот показатель намного ниже

(например, в США – вдвое, а по количеству больничных коек на 10 тыс. населения – втрое!) при, бесспорно, более высокой результативности медицинской деятельности.

Таблица 4 – Основные показатели систем здравоохранения России и некоторых зарубежных стран

Показатель	Россия	Бразилия	Индия	Китай	США	Страны ЕС	Страны вост. Европы
Больницы, тыс.	6122	6772	18667	17080	5803	10875	12149
Гос.больницы, тыс.	5693	2097	8027	15714	1293	5686	11012
Доля гос. больниц, %	93	31	43	92	22	52	91
Больничных коек на 10 тыс. населения	95	23	7	22	31	48	82
Докторов и других медработников на 10 тыс. населения	50	15	7	15	26	41	42

Источник: составлено авторами по материалам ВОЗ [16]

Вместе с тем улучшение показателей эффективности использования ресурсов здравоохранения пока еще не позволило в достаточной степени повысить качество и доступность медицинской помощи. Более

того, как представляется, до конца не отработаны количественные выражения критериев качества и доступности медицинской помощи, установленные ТППГ (см. табл. 5).

Таблица 5 – Критерии качества и доступности медицинской помощи в Ростовской области в соответствии с ТППГ в Ростовской области на 2014-2016гг.

№ п/п	Наименование показателя	Единица измерения	Целевые значения показателей ТППГ		
			2014 г.	2015 г.	2016 г.
Качество					
1.	Удовлетворенность населения медицинской помощью	% от числа опрошенных	39,0	39,0	39,0
2.	Смертность от всех причин	промилле	14,0	13,8	13,5
3.	Смертность населения в трудоспособном возрасте	умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек	512,9	512,0	511,6
4.	Материнская смертность	случаев на 100 тыс. родившихся живыми	15,5	15,3	15,1
5.	Младенческая смертность	промилле	8,1	8,0	7,8
Доступность					
6.	Доля выездов бригад «скорой помощи» со временем доезда до больного менее 20 минут	%	89,9	90,7	91,6
7.	Количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках тер. программы	жалоб	120	120	120
8.	Количество медицинских организаций, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием Интернета	организаций	174	176	176
9.	Удельный вес числа лиц в возрасте 18 лет и старше, прошедших диспансеризацию, в общем количестве лиц, подлежащих диспансеризации	%	до 15	до 15	до 15

Источник: составлено авторами по данным ТППГ Ростовской области

Так, целевое значение показателя удовлетворенности населения медицинской помощью в 39% от числа опрошенных считается не соответствующим самой идее такой оценки, так как планируется низкое значение показателя без динамики улучшения. Справедливости ради надо отметить, что, по данным социологического опроса, 1500 россиян, 30% респондентов озабочены плохой работой медицинских организаций [20]. Также оценка работы по автоматизации записи на прием к врачу (пункт 7 таблицы 5) должна осуществляться не по количеству медицинских организаций, обеспечивающих возможность такой записи, а в процентном отношении к общему числу медицинских организаций, работающих на территории области. Сказанное свидетельствует о необходимости уточнения показателей ТППГ.

Одноканальная модель финансирования здравоохранения не лишена недостатков, хотя их первопричиной выступает ограниченность государственных (бюджетных и ОМС) ресурсов. Речь идет, во-первых, о несоответствии действующих тарифов ОМС реальной стоимости лечения многих заболеваний, например, в онкологии. Во-вторых, перевод в систему ОМС высокотехнологичной медицинской помощи может привести к сокращению объемов ее предоставления, то есть доступности ее для пациентов на бесплатной основе. То же можно сказать о возможных последствиях в части инвестиционных расходов в здравоохранении.

Несомненно, реализация комплекса мероприятий по формированию одноканальной модели финансирования отрасли будет способствовать более полному и качественному удовлетворению потребностей населения в медицинских услугах при развитии передовых медицинских технологий в соответствии с международными стандартами, если при этом будут в полной мере учтены следующие моменты:

– изменение структуры и качества медицинской помощи за счет финансирования медицинских учреждений с учетом реальных затрат по законченному случаю за объемы оказанных услуг;

– введение единых стандартов и подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи;

– размещение государственного (муниципального) заказа в любых учреждениях здравоохранения, независимо от формы собственности и территориального расположения учреждений;

– усиление контроля качества медицинских услуг и результативности государственных расходов;

– повышение эффективности расходования всех средств, поступающих в систему здравоохранения.

Заключение

Переход к преимущественно одноканальной модели финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования считается прогрессивным направлением реформирования здравоохранения, однако следует учитывать целый ряд проблем его дальнейшего развития, направленных на сглаживание недостатков данной модели. Учитывая сложности текущего социально-экономического развития, необходимо расширять практику привлечения негосударственных источников финансового обеспечения отрасли, особенно в условиях экономического кризиса.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Андреева О.В. Итоги и направления развития финансовых основ здравоохранения// Сборник научных трудов SWorld.-Выпуск 4(37). Том 25.- Одесса: КУПРИЕНКО СВ, 2014. – ЦИТ: 414-586. – С. 37-40.

2. Андреева О.В. Современные подходы к разработке финансовой политики и финансового механизма в здравоохранении//Современные научные исследования. Выпуск 2 – Т. 24 – Концепт. – 2014. –ART 55018. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/55018.htm>

3. Андреева О.В., Самойлова К.Н., Такмазян А.С. Модернизация финансового обеспечения российской системы здравоохранения в свете современных реформ/ФГБОУ ВПО «РГЭУ (РИНХ)». – Азов: ООО «АзовПечать», 2013. – 212 с.

4. Андреева О.В., Такмазян А.С. Особенности организации обязательного медицинского страхования в современной России. – Выпуск 2. Том 28.- Одесса: КУПРИЕНКО СВ, 2013. – ЦИТ: 213-604. – С. 28-31.
5. Богославцева Л. В. Перспективы внедрения программного бюджета как инновационного метода бюджетного планирования//Финансовые исследования.- 2011. – № 11. – С. 52-56.
6. Карепина О.И. Теоретико-методологические проблемы государственного финансового контроля на современном этапе развития//Известия высших учебных заведений. Северный Кавказ. – 2012. – № 5.
7. Романова Т.Ф., Андреева О.В., Богославцева Л.В., Отришко М.О. Финансовый аспект развития российской системы здравоохранения в условиях бюджетных реформ: монография/РГЭУ «РИНХ». – Ростов н/Д., 2014. – 308 с.
8. Романова Т.Ф., Баранцева О.В., Такмазян А.С., Отришко М.О. Медицинское страхование: теория и практика: монография/РГЭУ «РИНХ». – Ростов н/Д., 2005. – 345 с.
9. Романова Т.Ф., Отришко М.О. Финансовые проблемы отечественного здравоохранения в современных условиях//Финансовые исследования. – 2004. – № 1. – с. 8-13.
10. Самойлова К.Н. Медицинское страхование как форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья// Сборник научных трудов SWorld. -Выпуск 1. Том34.- Одесса: КУПРИЕНКО СВ, 2013. – ЦИТ:113-075- С. 40-44.
11. Самойлова К.Н., Такмазян А.С. Перспективы развития донского здравоохранения в условиях модернизации// Сборник научных трудов SWorld. -Выпуск 2. Том 28.- Одесса: КУПРИЕНКО СВ, 2013. – С. 35-39.
12. Такмазян А.С. Оценка современного состояния бюджетных расходов региона, повышение их эффективности//Сборник научных трудов Sworld. Выпуск 2. Том 24. – Одесса: КУПРИЕНКО СВ, 2014. С. 31-35.
13. Такмазян А.С. К вопросу реформы обязательного медицинского страхования в России. В сборнике: Трансформация финансово-кредитных отношений в условиях финансовой глобализации материалы Юбилейной VII Международной научно-практической Интернет-конференции. Министерство образования и науки РФ, Ростовский государственный экономический университет (РИНХ), Фонд СИП, Вольное экономическое общество России, финансовый факультет; ответственный редактор Е. Н. Алифанова. 2011. С. 39-41.
14. Такмазян А.С. Бюджет развития здравоохранения регионального уровня [Текст]. Дис.....кан.экон.наук. 08.00.10. – Ростов-на-Дону, 2000.
15. Баранцева О.В. Источники финансирования медицинских услуг в современной России [Текст]. Дис.... кан. экон. наук. 08.00.10. – Ростов-на-Дону, 2002. – с. 46.
16. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] URL: <http://www.who.int>
17. Концепция развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.protown.ru/information/doc/4293.html>
18. Материалы Министерства финансов Ростовской области URL: <http://www.minfin.ru/>
19. Постановление Правительства Ростовской области № 869 от 26.12.2013 г. «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростовской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 года» [Электронный ресурс]. URL: http://www.gosuslugi-rostov.ru/UploadImages/Enterpr/61/file/01/tp_2014.pdf
20. Результаты социологического опроса, проведенного Левада-центром в декабре 2014 года [Электронный ресурс]. URL: <http://www.levada.ru/28-01-2015/problemy-bespokoyachie-rossiyan>

BIBLIOGRAPHICAL LIST

1. Andreeva O.V. Results and directions of development of the financial foundations of

health // Collection of scientific works SWorld.- Issue 4 (37). Tom 25.- Odessa: Kuprienko NE, 2014 – CIT: 414-586. – S. 37-40.

2. Andreeva O.V. Modern approaches to the development of financial policies and the financial mechanism in healthcare // Modern scientific research. Issue 2 – T. 24 – Concept. – 2014. –ART 55018. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/55018.htm/>

3. Andreeva O.V., Samoylova K.N., Takmazyan A.S. Modernization of financial support of the Russian health care system in the light of current reforms / VPO "RGEU (RINH)." – Azov LLC "AzovPechat", 2013. – 212 p.

4. Andreeva O.V., Takmazyan A.S. Features of the organization of compulsory health insurance in Russia. – Issue 2. Tom 28.- Odessa: Kuprienko NE, 2013. – CIT: 213-604. – S. 28-31.

5. Bogoslavtseva L.V. Prospects for the introduction of the program budget as an innovative method of budget planning // Financial issledovaniya.- 2011. – № 11. – S. 52-56.

6. Karepina O.I. Theoretical and methodological problems of state financial control at the present stage of development // Proceedings of the higher educational institutions. The North Caucasus. – 2012. – № 5.

7. Romanova T.F., Andreeva O.V., Bogoslavtseva L.V., Otrishko M.O. The financial aspect of the Russian health care system in terms of budget reforms: Monograph / RGEU "RINH." – Rostov n / d., 2014. – 308 p.

8. Romanova T.F., Barantseva O.V., Takmazyan A.S., Otrishko M.O. Health Insurance: Theory and Practice: Monograph / RGEU "RINH." – Rostov n / d., 2005. – 345 p.

9. Romanova T.F., Otrishko M.O. The financial problems of national health care in modern conditions // Financial Studies. – 2004. – № 1. – p. 8-13.

10. Samoylova K.N. Health insurance as a form of social protection of public interests in health // Collection of scientific works SWorld. Proceedings of the international scientific-practical conference "Modern trends in theoretical and applied issledovaniy'2013».- Issue 1.Tom34.- Odessa: Kuprienko, 2013.- CIT: 113-075- C.-40-44.

11. Samoylova K.N., Takmazyan A.S. Prospects for the development of the Don in

the modernization of Health // Collection of scientific works SWorld. – Issue 2. Tom 28.- Odessa: Kuprienko NE, 2013. – P. 35-39.

12. Takmazyan A.S. Assessment of the current state budget expenditures in the region, improving their efficiency // Collection of scientific works Sworld. Issue 2. Volume 24. – Odessa: Kuprienko NE, 2014. S. 31-35.

13. Takmazyan A.S. On the issue of reform of compulsory health insurance in Russia. In: The transformation of the financial and credit relations in the context of financial globalization materials Jubilee VII International Scientific and Practical Internet Conference. Ministry of Education and Science of Russia, Rostov State University of Economics (RINH) Fund CITI, the Free Economic Society of Russia, Finance Department; Executive Editor EN Alifanova. 2011. P. 39-41.

14. Takmazyan A.S. The budget for health development at the regional level [Text]. Diskan.ekon.nauk. 08.00.10. – Rostov-on-Don, 2000.

15. Barantseva OV (2002): Sources of financing of health services in modern Russia [Text]. Dissertation of PhD in Economics 08.00.10: Rostov-on-Don: 46.

16. Official site of the World Health Organization [electronic resource] URL: <http://www.who.int>

17. The conception of the Health System Development of the Russian Federation until 2020 [electronic resource]. URL: <http://www.protown.ru/information/doc/4293.html>

18. Materials of the Ministry of Finance of the Rostov region URL: <http://www.minfin.ru/>

19. The Decree of the Rostov Region N 869 of 26.12.2013 "On the territorial program of State guarantees concerning the provision of free medical care to citizens in the Rostov region for 2014 and the planning period of 2015 and 2016" [electronic resource]. URL: http://www.gosuslugi.rostov.ru/UploadImages/Enterpr/61/file/01/tp_2014.pdf

20. The results of a poll conducted by the Levada Center in December 2014. [Electronic resource]. URL: <http://www.levada.ru/28-01-2015/problemy-bespokoyachie-rossiyan>