

Форма организации работ или услуг				Источники эффективного взаимодействия
Собственными силами		С помощью аутсорсинга		
Преимущества	Недостатки	Преимущества	Недостатки	
	Затраты на выплаты социального характера (отпуска, больничные, пособия, материальная, помощь и т. д.).	Приобретение конкурентных преимуществ за счет известности партнера на рынке. Поддержание долгосрочной жизнеспособности организации. Уменьшение числа уровней управления. Повышение гибкости и достижение эффекта синергии. Снижение уровня связанного капитала.	Угроза утечки информации. Риск банкротства партнера. Сокращение численности и негативная реакция работников. Недооценка затрат на аутсорсинг.	Совместимость информационных и коммуникационных технологий. Проведение периодических проверок. Риск использования опыта и знаний другой компанией снижается при использовании аутсорсинга различных аспектов бизнеса с разными сторонними организациями.

Получаемые от реализации аутсорсинга преимущества, несомненно, позволят повысить эффективность работы компании. В тоже время главным препятствием на пути принятия решений об аутсорсинге является отсутствие универсальной методики и финансовых моделей расчета эффективности его использования. Руководство предпри-

ятий вынуждено действовать без необходимых обоснований, опираясь на распространенные правила и рекомендации. Однако положительный результат возможен лишь при анализе и использовании теоретического и практического опыта в данной области, соблюдении правил передачи части бизнеса для выполнения сторонней организацией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Анискин Б. А., Рудая И. Л. Аутсорсинг и аутстаффинг: высокие технологии менеджмента : учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Инфра-М, 2011. 320 с.
2. Календжан С. О. Аутсорсинг и делегирование полномочий в деятельности компаний. М.: Дело, 2003. 270 с.
3. Моисеева Н. К., Анискин Ю. П. Современное предприятие: конкурентоспособность, маркетинг, обновление. М.: Внешторгиздат, 2001. 178 с.

REFERENCES

1. Aniskin B. A., Rudaya I. L. Outsourcing and outstaffing: high technologies of management : text-book. 2d edition, revised and amended. M.: Infra-M, 2011. 320 p.
2. Kalendzhan S. O. Outsourcing and delegation of authority in the company activity. M.: Delo, 2003. 270 p.
3. Moiseyev N. K., Aniskin Yu. P. Modern enterprise: competitiveness, marketing, updating. M.: Vneshtorgizdat, 2001. 178 p.

УДК 336.13

ББК 65.495

Мурзаева Оксана Валерьевна,
аспирант каф. финансов и кредита
Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева,
г. Саранск,
e-mail: ksanna09@rambler.ru

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ)

REGIONAL ASPECTS OF FINANCING OF THE HEALTH CARE (ON EXAMPLE OF REPUBLIC OF MORDOVIA)

В статье рассмотрены основные проблемы и недостатки действующей системы финансового обеспечения здравоохранения на региональном уровне. Автором проводится анализ количественных параметров финансирования отрасли на примере Республики Мордовия. В статье выявляются основные тенденции пропорционального соотношения отдельных источников финансовых ресурсов, необходимых для развития сферы на региональном уровне. Далее, в статье в целях выявления основных направлений развития финансового обеспечения здравоохранения описывается модель «Влияние финансирования медицинской помощи на заболеваемость населения», учитывающая за-

висимость между финансированием медицинской помощи из различных источников по районам Республики Мордовия и уровнем заболеваемости в республике.

The major issues and disadvantages of the current system of the health care financing at the regional level have been reviewed in the article. The author has provided the analysis of the quantitative parameters of the industry financing on example of Republic of Mordovia. The main trends of proportional ratio between separate sources of financial resources required for the field development at the regional level have been revealed in the article. Furthermore, in order to determine the basic trends of development of the health care financing the article has de-

scribed the model 'Impact of financing of the medical care on the population sickness rate' that takes into consideration the dependence between financing of the medical care from different sources in various districts of the Republic of Mordovia and the level of the sickness rate in the republic.

Ключевые слова: здоровье, финансирование здравоохранения, источники финансового обеспечения, бюджетное финансирование, обязательное медицинское страхование, внебюджетные средства, программа государственных гарантий, дефицит финансирования, национальный проект «Здоровье», медицинская помощь.

Keywords: health, financing of the health care, sources of financing, budget financing, compulsory medical care, out-of-the-budget funds, program of the state guarantees, deficit of financing, national project 'Health', medical aid.

Основой социальной политики любого государства является обеспечение приоритета сохранения и улучшения здоровья населения как главной производительной силы общества, определяющей национальную безопасность страны и ее экономическое развитие. Здоровье населения – важнейший элемент социального, культурного и экономического развития государства. Здравоохранение представляет собой динамично развивающуюся отрасль, в которой постоянно разрабатываются новые методы лечения и лекарственные препараты, появляется возможность лечить ранее неизлечимые болезни. Однако все это приводит к удорожанию медицинских услуг, к увеличению потребности в финансовых ресурсах, к необходимости более объективного учета затрат и результатов деятельности медицинских учреждений. Поэтому состояние здравоохранения, перспективы его развития и совершенствования определяет, прежде всего, уровень его финансовой обеспеченности.

В этой связи одной из наиболее актуальных проблем, решением которой в настоящее время в России занимаются представители всех уровней власти, является проблема совершенствования системы финансового обеспечения здравоохранения. Приоритетность развития финансовых условий функционирования системы здравоохранения обуславливают серьезные негативные тенденции, складывающиеся в последние годы в нашей стране и характеризующие здоровье населения. Низкая эффективность использования ресурсов при недостаточности финансовых средств (лишь 3–4 % ВВП), отсутствие взаимосвязанной модели финансирования и, как следствие, несбалансированность территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, остаются острейшими проблемами отечественного здравоохранения [1].

Все вышесказанное свидетельствует о том, что ни одна отрасль современной рыночной экономики, в том числе и здравоохранение, не может нормально существовать и развиваться без хорошо отлаженной финансовой системы и источников финансирования, что в свою очередь и определяет актуальность рассматриваемой в данной статье проблемы. Поэтому для более четкой выработки каких-либо направлений развития отрасли необходимо первоначально дать количественную оценку развития здравоохранения. Анализ количественных параметров финансового обеспечения сферы произведен в статье на примере Республики Мордовия.

Рассмотрим долю расходов, приходящуюся на здравоохранение к ВРП в отдельных регионах РФ, главным образом в Республике Мордовия. Таблица 1 характеризует динамику доли расходов консолидированного бюджета

субъекта на здравоохранение в Российской Федерации и федеральных округах РФ по отношению к ВРП за период с 2005–2009 гг. Анализ данных, представленных в табл. 1, позволяет сделать вывод о том, что доля расходов консолидированного бюджета субъектов РФ в ВРП по федеральным округам и в разрезе субъектов Приволжского ФО постоянно меняется. В одних регионах она имеет тенденцию к снижению, в других к увеличению, в любом случае такое колебание негативно отражается на состоянии здравоохранения, как в регионах, так и в стране в целом.

Таблица 1

Расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение в регионах РФ, в % к ВРП [11]

Регион	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация	2,25	1,98	1,99
Центральный ФО	1,77	1,53	1,66
Северо-Западный ФО	2,69	2,9	2,61
Южный ФО	2,8	2,15	2,44
Северо-Кавказский ФО	3,67	3,22	3,37
Приволжский ФО	2,35	1,8	1,87
Республика Башкортостан	2,4	1,55	1,72
Республика Марий Эл	1,68	2,06	1,99
Республика Мордовия	3,4	3,15	4,19
Республика Татарстан	1,18	0,6	0,74
Удмуртская Республика	2,9	1,94	1,97
Чувашская Республика	3,69	2,93	4,06
Пермский край	2,72	2,16	2,09
Кировская область	3,75	3,05	3,98
Нижегородская область	2,19	1,64	1,60
Оренбургская область	2,21	2,08	2,12
Пензенская область	3,84	3,07	2,61
Самарская область	2,1	1,69	1,62
Саратовская область	2,5	2,38	2,01
Ульяновская область	3,57	3,32	3,51
Уральский ФО	2,04	1,92	1,64
Сибирский ФО	2,7	2,43	2,30
Дальневосточный ФО	3,06	2,79	2,67

В 2009 г. первое место по удельному весу данных расходов принадлежало Северо-Кавказскому ФО – 3,37 %, второе Дальневосточному ФО – 2,67 %, третье – Северо-Западному ФО – 2,61 %. Приволжскому ФО принадлежало лишь 6-е место – 1,87 %. Зато Республике Мордовия в рамках Приволжского ФО в 2009 г. принадлежало первое место – 4,19 %. Что же касается Республики Мордовия отдельно, то можно сказать, что доля расходов в 2008 г. уменьшилась по сравнению с 2007 г. на 0,25 %, а в 2009 г. произошло достаточно большое увеличение расходов до 4,19 % ВРП. В 2010 г. данные расходы составили 4,14 % ВРП.

Как уже отмечалось выше, расходы на здравоохранение в РФ финансируются из бюджетов всех уровней. Достаточно показательной является динамика доли этих расходов в бюджете Республики Мордовия. Доля расходов на здравоохранение в республиканском бюджете составляет за период 2006–2010 гг. в среднем 8,05 %. В 2006 г. удельный вес расходов на здравоохранение составил 8,09 %, или 1 154 млн руб. В 2007 г. по сравнению с 2006 г. произошло увеличение расходов как в абсолютных значениях (на 229,59 млн руб.), так и в процентном выражении – на 0,16 %. В 2008 г. наблюдается снижение доли расходов на здравоохранение на 0,83 %, но увеличение расходов в абсолютных цифрах до 1 705 млн руб. В 2009 г. наблюдается резкое увеличение доли расходов по сравнению с 2007 г. на 1,4 %. В 2010 г. опять наблюдается снижение удельного веса на 1,16 %. Более наглядно структуру расходов республиканского бюджета за 2010 г. можно увидеть на рис. 1.

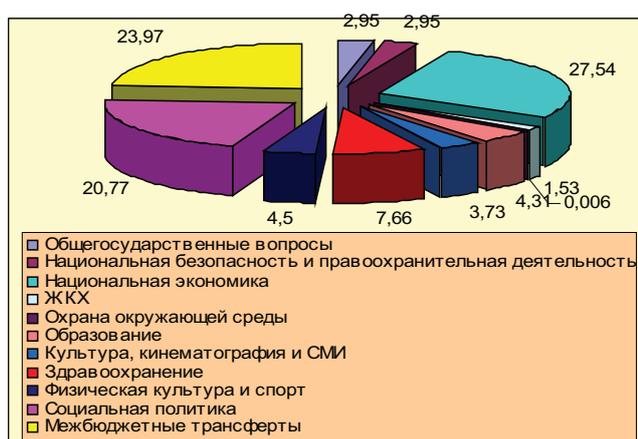


Рис. 1. Структура расходов республиканского бюджета по разделам функциональной классификации расходов РФ за 2010 г., % [8]

Анализ структуры расходов республиканского бюджета по разделам функциональной классификации за 2010 г.

свидетельствует о том, что первое место в расходах бюджета РМ принадлежит расходам, направляемым на национальную экономику, – это 27,5 %, второе – межбюджетным трансфертам – 23,97 %, третье место занимают расходы, связанные с проведением социальной политики, – 20,77 %. Что же касается здравоохранения, то удельный вес расходов на эту отрасль составляет 7,66 % (это четвертое место).

Заметим, что необходимость определения роли и объемов участия государства в создании условий для формирования и сохранения здоровья населения, обеспечение качества и доступности медицинской помощи является приоритетной задачей системы здравоохранения как в Российской Федерации в целом, так и в отдельных ее субъектах, в том числе и в Республике Мордовия. В этой связи несомненный интерес представляют показатели, характеризующие состояние, динамику и структуру финансирования здравоохранения в Республике Мордовия. В этой связи проанализируем источники и объемы финансирования медицинской помощи в республике в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (ТППГ), представленные в табл. 2.

Таблица 2

Формирование и выполнение ТППГ в РМ за 2006–2010 гг., тыс. руб., (%) [7]

Отчетный период	Финансирование медицинской помощи за счет:					Всего
	Муниципального бюджета	Бюджета субъекта РФ (бюджета РМ)	Средств муниципального бюджета на содержание медучреждений, работающих в системе ОМС	Средств бюджета субъекта РФ на содержание медучреждений, работающих в системе ОМС	Средств ОМС на территориальную программу ОМС	
Объемы финансирования медицинской помощи – всего:						
2006 г.	227 727 (8,90)	374 360 (14,63)	711 940 (27,83)	140 223 (5,48)	1 103 693 (43,14)	2 557 943 (100)
2007 г.	379 034 (11,36)	758 516 (22,74)	793 205 (23,78)	177 315 (5,31)	1 226 314 (36,77)	3 334 385 (100)
2008 г.	497 624 (11,18)	1 461 364 (32,84)	713 039 (16,02)	132 351 (2,97)	1 644 677 (36,96)	4 449 055 (100)
2009 г.	505 974 (12,49)	677 497 (16,73)	1 098 099 (27,11)	321 115 (7,92)	1 446 838 (35,72)	4 049 523 (100)
2010 г.	480 081 (11,17)	721 722 (16,80)	971 395 (22,61)	377 029 (8,77)	1 745 636 (40,63)	4 295 863 (100)

Анализ финансового обеспечения здравоохранения в рамках ТППГ показывает, что финансирование программы с каждым годом увеличивается. В 2007 г. по сравнению с 2006 г. произошло увеличение на 776 441,7 тыс. руб. и составило 3 334 384,9 тыс. руб. В 2008 г. опять наблюдается увеличение финансирования на 1 114 670, 4 тыс. руб. В 2009 г. по сравнению с 2008 г. произошло некоторое снижение объемов финансирования на 399 532,2 тыс. руб. В 2010 г. финансирование увеличилось на 246 339,9 тыс. руб. и составляет 4 295 862,9 тыс. руб. Общий абсолютный прирост финансирования программы за исследуемый период составил 1 737 919,7 тыс. руб., или 40 %. Необходимо отметить, что финансирование программы осуществляется за счет нескольких источников: средств муниципального бюджета, средств бюджета субъекта РФ и за счет средств ОМС. Доля средств этих источников финансирования в общем объеме финансирования постоянно меняется, но незначительно. Поэтому проследить какую-то четкую тенденцию (из каких источников происходит постоянное увеличение расходов, а из каких снижение) не представляется возможным. В 2010 г. наибольшая доля средств пришла на средства ОМС на территориальную программу ОМС и составила 40,63 %, на втором месте средства муниципального бюджета на содержание медицинских учреждений, работающих в системе ОМС – 22,61 %. Далее идут средства, выделяемые из бюджета субъекта РФ, это 16,80 %, или

721 722,2 тыс. руб. 11,17 % занимают средства, выделяемые из муниципального бюджета. Наименьший удельный вес занимают средства бюджета субъекта РФ на содержание медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, – 8,77 %. В 2011 г. стоимость ТППГ составила 440 005,6 тыс. руб. из них средства бюджета составляют 1 574 914,6 тыс. руб. и средства по ОМС – 2 825 091,0 тыс. руб.

Хотя выше отмечено, что имеет место абсолютный прирост финансирования программы, однако данные по Республике Мордовия за период с 2007–2009 гг. демонстрируют тенденцию на снижение расходов консолидированного бюджета субъекта РФ на реализацию ТППГ оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ в расчете на 1 жителя. Снижение прослеживается и в 2010 г., расходы составили 3 033,77 руб. Плановые значения на 2011 г. – 1 920,30 руб., на 2012 г. – 1 848,70 руб., на 2013 г. – 1 285,70 руб.

Также несмотря на очевидный рост финансового обеспечения ТППГ оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи, в РМ, как и во многих других регионах России, постоянно существует дефицит финансового обеспечения данной программы (см. табл. 3). Из таблицы следует также, что дефицит финансового обеспечения ТППГ по России составил в 2009 г. порядка 21,50 %. По регионам дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания населению РФ

бесплатной медицинской помощи в среднем равен 27,35 %. Причем наибольший дефицит финансирования территориальной программы наблюдается в Северо-Кавказском и Сибирском федеральных округах, 47,19 и 40,40 % соответственно. В Приволжском ФО дефицит финансирования программы в 2009 г. составил 32,39 %, и это третье место. Что же касается непосредственно Республики Мордовия, то в 2010 г. дефицит финансирования программы составил 36 % (третье место среди субъектов ПФО). На 2011 г. плановое значение дефицита финансирования установлено в размере 29,3 %, на 2012 г. – 24,3 %, на 2013 г. – 22 %. То есть понятно, что государственная политика в области ТПГГ направлена на снижение дефицита финансирования, однако реальное положение дел свидетельствует о том, что свести дефицит финансирования программы на нет в ближайшую перспективу вероятнее всего не получится.

Стоимость единицы объема, оказанной медицинской помощи в Республике Мордовия по сравнению с другими субъектами Приволжского ФО, является одной из самых низких. Однако заметим, что, как и в других субъектах в республике, значение данного показателя постоянно увеличивается. В 2010 г. стоимость 1 койко-дня возросла на 39,1 руб. и составляет 858,5 руб.; стоимость одного посещения возросла на 21,93 руб. и составляет 140,0 руб.; стоимость 1 пациентодня возросла на 10,43 руб. и составляет 183,97 руб.; стоимость одного вызова скорой медицинской помощи увеличилась на 110,79 руб. и составляет 729,86 руб.

Таблица 3

Дефицит финансового обеспечения ТПГГ по регионам РФ, % [11]

Регион	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Российская Федерация	22,56	-21,50	-20,75
Центральный федеральный округ (ФО)	71,50	10,24	-
Северо-Западный ФО	32,22	-19,45	-18,2
Южный ФО	2,75	-34,15	-
Северо-Кавказский ФО	-28,38	-47,19	-45,36
Приволжский ФО	-0,95	-32,39	-31,0
Республика Башкортостан	-11,89	-34,63	-34
Республика Марий Эл	-15,74	-45,91	-43,9
Республика Мордовия	17,56	-36,32	-36,0
Республика Татарстан	-2,87	-29,13	-23
Удмуртская Республика	12,80	-26,05	-
Чувашская Республика	-7,88	-35,36	-27,8
Пермский край	6,86	-32,74	-30,0
Кировская область	-15,17	-39,41	-35,7
Нижегородская область	-0,84	-27,39	-22,4
Оренбургская область	8,56	-32,65	-25,3
Пензенская область	-18,76	-47,11	-43,1
Самарская область	10,41	-24,68	-20,7
Саратовская область	-2,94	-36,33	-30,0
Ульяновская область	3,85	-29,16	-
Уральский ФО	37,01	-24,46	-23,0
Сибирский ФО	-5,08	-40,40	-34,0
Дальневосточный ФО	0,86	-31,00	-

Объемы медицинской помощи в период 2006–2011 гг. в расчете на одного жителя республики характеризуются следующими данными:

– объем стационарной медицинской помощи за исследуемый период снизился с 3,76 до 2,99 койко-дней (снижение на 0,77 койко-дней);

– объем амбулаторной медицинской помощи в период 2006–2009 гг. год за годом увеличивался и в 2009 г. составил 10,50 посещений, в 2010 г. и в 2011 г., напротив, наблюдается снижение объемов данного вида помощи на 0,25 посещений ежегодно;

– изменение объема скорой медицинской помощи на протяжении исследуемого периода не имело четко выраженной тенденции, объем скорой медицинской помощи остается примерно на одном и том же уровне (в 2011 г. 0,32 вызовов);

– объем оказанной медицинской помощи в дневных стационарах всех типов в расчете на 1 жителя в период 2006–2010 гг. планомерно увеличивался (в 2010 г. – 0,86 пациенто-дней), в 2011 г. произошло некоторое снижение до 0,80 пациенто-дней.

Для сравнения федеральные нормативы таковы: объем медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров, – 1,942; объем амбулаторной медицинской помощи – 8,458; объем медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров 0,479. Таким образом, за весь исследуемый период с 2006 по 2011 г. объем стационарной медицинской помощи имел тенденцию к снижению, объемы оказанной амбулаторной и скорой медицинской помощи незначительно колебались то в сторону снижения, то в сторону увеличения, объем оказанной медицинской помощи в дневных стационарах имел тенденцию к увеличению (кроме 2011 г., наблюдается некоторое снижение данного показателя). Во многом это объясняется проводимой в последние годы политикой высшего руководства страны по снижению стационарных видов помощи и увеличению амбулаторно-поликлинической.

Финансовое обеспечение здравоохранения в Республике Мордовия осуществляется из нескольких источников: из средств бюджетов всех уровней, из средств системы обязательного медицинского страхования, а также за счет внебюджетных источников. В продолжение анализа необходимо рассмотреть непосредственно источники финансирования медицинской помощи и оценить какой объем финансирования здравоохранения в Республике Мордовия принадлежит финансированию из государственных и внебюджетных источников. Представляется возможным произвести данный анализ на основе данных табл. 4. Данные, представленные в табл. 4, свидетельствуют о том, что финансирование здравоохранения в республике за период 2006–2010 гг. в абсолютной сумме имеет тенденцию к увеличению. За весь исследуемый период произошло увеличение финансирования на 2 349 812 тыс. руб., или на 42,85 %, и в 2010 г. финансовое обеспечение из всех источников составило 5 496 505 тыс. руб. Касательно отдельных источников финансирования можно сказать, что четкой тенденции не прослеживается. Их доли в общем объеме финансирования постоянно колеблются то в сторону их снижения, то в сторону увеличения. Анализируя структуру и динамику финансирования здравоохранения по источникам финансового обеспечения, приходим к выводу, что доля финансирования здравоохранения из государственных источников в РМ остается стабильно высокой, в 2010 г. – 95,31 %. Финансирование отрасли из внебюджетных источников за анализируемый период достигло своего максимума только в 2006 г. – 167 401 тыс. руб. (5,32 %), в 2010 г. – 4,69 %.

Источники финансирования по всем видам медицинской помощи, тыс. руб., (%)

Источники		2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Бюджеты всех уровней	Федеральный бюджет	444 130 (14,11)	936 930 (20,79)	568 237 (10,65)	1 073 374 (19,69)	856 985 (15,59)
	Бюджет субъекта РФ	509 120 (16,17)	935 831 (20,77)	1 593 715 (29,87)	998 612 (18,31)	1 098 751 (19,98)
	Местный бюджет	939 667 (29,86)	1 172 240 (26,02)	1 210 663 (22,71)	1 604 073 (29,42)	1 451 476 (26,41)
	Всего	1 892 916 (60,16)	3 045 001 (67,58)	3 372 615 (63,20)	3 676 059 (67,43)	3 407 212 (61,99)
Государственные внебюджетные фонды	Фонд ОМС	1 086 376 (34,52)	1 202 792 (26,69)	1 644 677 (30,82)	1 446 838 (26,53)	1 745 636 (31,76)
	Фонд социального страхования	-	78 260 (1,74)	94 278 (1,76)	86 743 (1,59)	85 753 (1,56)
	Всего	1 086 376 (34,52)	1 281 052 (28,43)	1 738 956 (32,59)	1 533 581 (28,13)	1 831 388 (33,32)
Всего расходы из государственных источников		2 979 292 (94,68)	4 326 053 (96,01)	5 111 570 (95,79)	5 209 641 (95,56)	5 238 600 (95,31)
Внебюджетные	Домашних хозяйств	142 753 (4,53)	149 007 (3,30)	166 169 (3,11)	178 230 (3,27)	204 210 (3,71)
	ДМС	-	7 473 (0,16)	9 315 (0,17)	14 328 (0,26)	12 133 (0,22)
	Прочие источники	24 647 (0,78)	23 066 (0,51)	49 282 (0,92)	49 742 (0,91)	41 561 (0,75)
	Всего	167 401 (5,32)	179 546 (3,98)	224 765 (4,21)	242 300 (4,41)	257 905 (4,69)
Всего по всем источникам		3 146 693 (100)	4 505 599 (100)	5 336 335 (100)	5 451 940 (100)	5 496 505 (100)

Таким образом, видно, что в структуре источников финансового обеспечения здравоохранения в РМ безусловный приоритет принадлежит государственным источникам финансирования отрасли. Рис. 2 наглядным образом демонстрирует долю бюджетного финансирования здравоохранения в общем объеме финансирования отрасли в Республике Мордовия в период 2006–2010 гг.

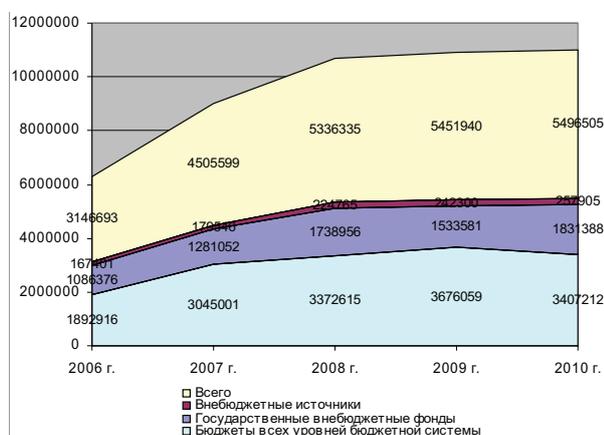


Рис. 2. Доля бюджетного финансирования здравоохранения в общем объеме финансирования, тыс. руб.

Заметим также, что в структуре источников финансирования здравоохранения в Мордовии в 2010 г. наибольший удельный вес занимают средства фонда ОМС – 31,76 %, второе место принадлежит средствам местного бюджета – 26,41 %, средства бюджета субъекта РФ составляют 19,98 %, доля средств федерального бюджета равна 15,59 %, совсем незначительную долю занимают средства фонда социального страхования – 1,56 % (рис. 3). Анализ средних значений за весь исследуемый период показывает, что на протяжении последних пяти лет в Мордовии наибольший удельный вес в структуре источников финансирования здравоохранения занимают средства фонда обязательного медицинского страхования – 30,06 %. Далее следуют

средства, выделяемые на финансирование отрасли местными бюджетами, в среднем 26,88 %. Доля средств бюджетов субъектов РФ в структуре источников финансирования составляет в среднем 21,04 %. Удельный вес средств федерального бюджета равен 16,16 %.

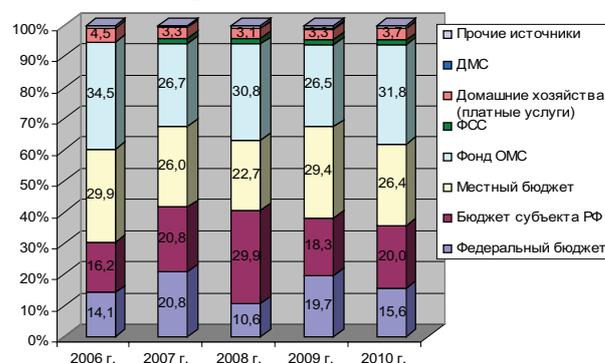


Рис. 3. Источники финансового обеспечения медицинской помощи в РМ, %

Таким образом, анализируя бюджетное финансирование (бюджеты всех уровней), приходим к выводу, что на местные бюджеты ложится основное бремя финансового обеспечения отрасли республики. Доля же бюджета субъекта РФ несколько больше доли федерального бюджета.

Обязательное медицинское страхование в республике осуществляется главным образом Мордовским республиканским фондом обязательного медицинского страхования (МРФОМС), который функционирует с 1993 г. основополагающим направлением деятельности МРФОМС было и остается финансирование территориальной программы ОМС (ТП ОМС). Рост экономических показателей развития Мордовии последних лет позволяет стабильно увеличивать доходную часть бюджета фонда, а следовательно, и объемы финансирования ТП ОМС. Объемы финансирования ТП ОМС в Мордовии в абсолютной сумме за последние 8 лет выросли в 4,8 раза с 360,706 млн руб. в 2003 г. до 1 745,635 млн руб. в 2010 г. (рис. 4).



Рис. 4. Средства ОМС на ТП ОМС в РМ, млн руб. [9]

За последние годы в РМ отмечается положительная динамика увеличения доли средств ОМС в общем объеме финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, что можно расценить как положительный результат работы органов исполнительной власти субъектов РФ и территориальных фондов ОМС по переходу учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование. В 2010 г. доля средств ОМС в общем объеме финансирования программы государственных гарантий составила 40,63 %. В структуре расходов МРФОМС расходы на финансирование ТП ОМС за период 2003–2010 гг. (в среднем) занимают (первое место) 82 % общего объема расходов фонда.

Дальнейший анализ структуры расходов на медицинскую помощь из средств ОМС свидетельствует о преобладании расходов на оплату труда с начислениями, составляющими 52,82 % (табл. 5, рис. 5).

Таблица 5

Структура расходов средств ОМС медицинскими учреждениями, тыс. руб., (%) [9]

Направления расходов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Израсходовано – всего, в том числе:	1 086 375,7 (100)	1 202 792,2 (100)	1 644 677,3 (100)	1 446 838,3 (100)	1 745 635,9 (100)
на оплату труда	417 736,8 (38,45)	395 683,8 (32,9)	748 374,1 (45,50)	558 989,7 (38,63)	738 404,7 (42,30)
начисления на зарплату	99 755,5 (9,18)	98 330,0 (8,18)	184 488,7 (11,22)	134 983,1 (9,33)	184 177 (10,55)
приобретение медикаментов	311 245,1 (28,65)	472 120,1 (39,25)	460 763,6 (28,02)	456 569,5 (31,55)	405 599,7 (23,23)
продукты питания	105 115,2 (9,67)	118 708,6 (9,87)	133 893,9 (8,14)	130 163,5 (8,99)	152 959,5 (8,76)
приобретение мягкого инвентаря	20 943,5 (1,93)	27 357,4 (2,27)	19 542,3 (1,89)	18 479,3 (1,28)	24 521,3 (1,40)
прочие расходы	131 579,5 (12,11)	90 592,3 (7,53)	97 614,6 (5,93)	147 653,2 (10,20)	239 973,8 (13,75)

В структуре расходов средств ОМС в 2010 г. наблюдаются увеличение удельного веса расходов по заработной плате с начислениями на 4,89 %, снижение расходов по медикаментам и перевязочным изделиям на 8,32 %, снижение расходов по продуктам питания на 0,23 %, а также увеличение расходов на приобретение мягкого инвентаря на 0,12 %.

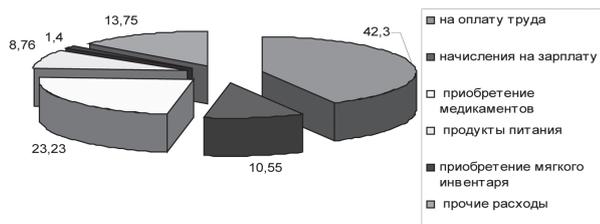


Рис. 5. Структура расходов средств ОМС на ТП ОМС, %

Необходимо отметить, что в РМ в 2011 г. были установлены следующие нормативы финансовых затрат:

- на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи – 857,5 руб. (100 % бюджетные средства);
- на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) – 127,4 руб., в том числе 106,3 руб. за счет средств ОМС (83,44 % средства ОМС);
- на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров – 302,9 руб., в том числе 291,7 руб. за счет средств ОМС (96,30 % средства ОМС);
- на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих

структурных подразделений – 1 055,7 руб., за счет средств ОМС – 1 014,6 руб. (96,11 % средства ОМС).

Исследовав современное состояние и проблемы развития бюджетного финансирования, а также функционирование системы обязательного медицинского страхования, приходим к выводу, что средства, выделяемые этими источниками финансового обеспечения отрасли, являются основными для развития здравоохранения в Мордовии. Однако для формирования более четкого представления о состоянии системы финансового обеспечения здравоохранения в республике необходимо рассмотреть и третий источник финансирования – внебюджетные средства.

Объемы финансирования здравоохранения из внебюджетных источников в РМ за период 2006–2010 гг. представлены на рис. 6. Из рисунка видно, что объемы финансирования из внебюджетных источников в абсолютной сумме за период 2006–2010 гг. с каждым годом увеличивались. В целом, за весь исследуемый период (5 лет) объем финансирования увеличился в 1,5 раза и к 2010 г. достиг значения 257 905 тыс. руб.

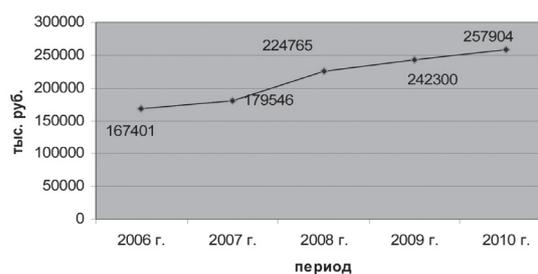


Рис. 6. Финансирование здравоохранения в РМ из внебюджетных источников, тыс. руб.

Следует отметить, что объем финансирования здравоохранения из внебюджетных источников значительно ниже объемов финансирования из государственных источников.

Существенным источником финансирования здравоохранения в республике являются средства, направляемые на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье». Источники и направления финансирования проекта в 2011 г. можно проанализировать на основе данных, представленных в табл. 6.

Таблица 6

Основные направления финансирования нацпроекта «Здоровье» в республике в 2011 г. [11]

Наименование мероприятий	Утвержденный план на 2011 г.	
	Федеральный бюджет, млн руб.	Республиканский бюджет, млн руб.
За счет бюджетных средств	680,927	897,741
За счет средства ФОМС	49,639	0
За счет средства ФСС	90,200	0
Всего расходов	820,766	897,741

Отметим, что приоритетными направлениями развития по проекту являются: финансирование мероприятий, направленных на строительство перинатальных центров, совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, мероприятия по программе «родовой сертификат» и осуществление денежных выплат медицинскому персоналу. Национальный проект «Здоровье», несомненно, оказал позитивное влияние на ресурсное обеспечение, доступность и результативность здравоохранения. Однако он не в состоянии обеспечить существенно продвижения в решении коренных проблем российского здравоохранения. Низкие показатели здоровья населения, ненадежная его защита от рисков, затрат на лечение в случае заболеваний, неравенство в распределении бремени таких расходов и доступности медицинской помощи между

различными социальными и территориальными группами, низкая эффективность системы здравоохранения – решение этих проблем невозможно без масштабных преобразований в организации и финансировании здравоохранения. В Национальном проекте для этого недостаточно финансовых ресурсов и не предусматривается каких-либо серьезных институциональных изменений в системе здравоохранения.

В целях совершенствования системы финансового обеспечения здравоохранения в республике в статье представлена модель «Влияние финансирования медпомощи на заболеваемость населения», учитывающая зависимость между финансированием медицинской помощи из различных источников по районам республики и уровнем заболеваемости, поскольку в республике продолжает сохраняться неблагоприятная динамика по показателям здоровья населения, несмотря на некоторое его улучшение за последние годы. В течение года у населения республики регистрируется более 1 млн различных заболеваний, основными из них являются болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, органов пищеварения. Также ежегодно в республике впервые признаются инвалидами около 10 тысяч человек. В связи с этим необходимо проследить наличие зависимости между уровнем заболеваемости и объемами финансирования здравоохранения в республике. Поэтому данная модель позволяет понять, за счет какого объема финансовых ресурсов можно добиться снижения заболеваемости населения республики до определенного запланированного уровня. Рассмотрим основные результаты исследования.

В статье произведен корреляционно-регрессионный анализ системы взаимосвязанных признаков, то есть построено уравнение регрессии, включающее основные факторные признаки, влияющие на вариацию результативного признака. Фактические значения по переменным модели по районам Республики Мордовия за 2007–2009 гг. представлены в табл. 7.

Таблица 7

Данные для эконометрического моделирования по районам РМ, 2007–2009 гг. [11]

Районы	Y	X1	X2	X3	X4	X5
2007 год						
Ардатовский	1 682,6	14 571,0	7 237,3	498,8	2 447,7	2 775,3
Атюрьевский	1 535,8	17 261,1	11 289,4	241,8	0,0	3 275,0
Атяшевский	1 351,6	12 840,2	10 327,3	314,8	368,3	3 285,3
Большеберезниковский	1 388,2	13 204,7	9 254,6	426,7	0,0	2 588,4
Большеигнатовский	1 008,8	17 111,0	9 893,3	310,3	227,3	2 846,9
Дубенский	1 874,2	11 533,9	9 607,4	659,1	0,0	2 904,2
Ельниковский	1 201,8	16 734,3	8 805,2	473,2	39,8	3 260,2
Зубово-Полянский	859,2	9 103,2	4 670,7	472,0	0,0	1 390,4
Инсарский	1 092,1	19 950,5	7 190,4	469,0	0,0	2 747,5
Ичалковский	1 443,7	15 186,4	7 137,9	580,1	16,8	2 637,4
Кадошкинский	833,1	15 871,5	8 623,9	420,0	0,0	2 724,6
Ковылкинский	1 307,5	30 299,3	23 232,1	1 978,8	0,0	4 732,0
Кочуровский	1 452,7	19 876,2	10 697,0	567,1	0,0	3 315,2
Краснослободский	992,9	20 157,6	13 756,9	1 469,4	0,0	3 382,4
Лямбирский	1 114,1	10 162,7	4 276,4	467,7	0,5	2 168,5
Ромодановский	1 037,4	13 465,2	7 830,0	704,3	7,2	2 606,2
Рузаевский	1 446,4	56 510,8	31 970,2	3 245,3	112,8	10 069,0
Старошайговский	932,4	23 065,1	8 579,2	624,9	923,0	3 212,8
Темниковский	1 397,6	16 610,9	10 744,5	284,6	0,0	3 236,3
Теньгушевский	971,7	15 881,6	9 342,2	462,2	0,0	2 987,1
Торбеевский	1 215,5	18 821,2	7 957,7	672,4	0,0	3 406,1
Чамзинский	1 252,3	16 754,7	9 723,2	1 381,2	48,4	3 019,7
ГО Саранск	1 913,2	11 524,1	12 517,3	1 632,3	281,0	3 234,6
2008 год						
Ардатовский	1 657,3	11 648,5	14 146,5	569,4	0,0	3 917,5
Атюрьевский	1 446,8	16 859,6	17 219,2	297,5	0,0	4 829,3
Атяшевский	1 458,7	11 509,3	19 383,9	820,0	272,8	4 340,2
Большеберезниковский	1 530,6	14 552,7	15 744,8	580,0	0,0	2 634,2
Большеигнатовский	1 095,8	14 454,5	16 192,2	417,3	0,0	3 604,8
Дубенский	1 826,0	10 307,9	15 826,6	816,6	0,0	4 490,1
Ельниковский	1 148,8	15 447,2	14 626,1	614,5	0,0	4 696,7

Окончание табл. 7

Районы	Y	X1	X2	X3	X4	X5
Зубово-Полянский	946,2	8 191,3	9 461,0	373,3	0,0	1 917,3
Инсарский	1 050,0	15 757,4	14 408,8	823,6	0,0	3 705,9
Ичалковский	1 419,5	11 208,3	13 157,0	718,3	0,0	3 423,1
Кадошкинский	836,3	16 226,8	16 927,2	627,6	0,0	3 825,1
Ковылкинский	1 336,7	26 789,3	35 949,0	2 501,3	0,0	6 133,9
Кочкуровский	1 384,8	16 486,9	19 160,2	491,9	0,0	4 682,7
Краснослободский	1 012,8	19 997,2	20 070,4	1 661,1	0,0	5 107,4
Лямбирский	1 035,2	11 165,3	7 762,0	503,4	0,5	3 105,9
Ромодановский	1 088,3	9 238,4	13 122,3	911,6	0,0	3 011,3
Рузаевский	1 553,3	47 579,2	65 096,1	3 585,3	260,5	11 625,7
Старошайговский	914,3	23 056,1	15 956,3	820,3	946,0	4 035,5
Темниковский	1 412,3	17 587,1	13 932,8	286,1	0,0	4 094,3
Теньгушевский	1 205,8	15 268,9	15 485,5	689,1	0,0	3 335,9
Торбеевский	1 208,7	18 577,1	16 197,1	781,9	0,0	4 469,2
Чамзинский	1 253,2	13 232,7	17 973,5	1 312,4	4,3	3 857,9
ГО Саранск	1 960,7	15 335,9	12 774,8	2 110,1	204,6	4 095,8
2009 год						
Ардатовский	1 753,4	22 108,4	5 869,1	618,8	0,0	3 388,2
Атюрьевский	1 603,6	26 794,3	9 530,6	307,5	0,0	3 553,6
Атяшевский	1 549,3	22 393,5	12 317,6	968,9	209,6	3 932,5
Большеберезниковский	1 575,7	23 836,0	7 819,0	399,1	51,5	1 839,0
Большеигнатовский	974,6	23 716,8	6 053,3	502,4	0,0	3 649,0
Дубенский	1 870,2	19 768,2	10 636,8	842,0	0,0	4 188,7
Ельниковский	1 244,2	23 457,1	8 825,4	624,5	0,0	3 396,3
Зубово-Полянский	985,5	13 708,0	6 262,9	506,9	17,8	1 814,1
Инсарский	1 196,2	25 665,0	7 894,5	840,5	0,0	3 738,0
Ичалковский	1 344,2	22 981,3	5 268,4	767,3	0,0	3 472,2
Кадошкинский	925,0	20 724,7	9 243,4	807,5	0,0	3 199,2
Ковылкинский	1 443,8	41 784,1	29 436,7	2 967,0	0,0	6 046,4
Кочкуровский	1 314,6	26 480,9	10 820,9	485,8	0,0	3 508,8
Краснослободский	1 081,0	32 893,8	13 759,2	1 696,0	0,0	3 545,3
Лямбирский	1 024,8	15 551,8	5 762,6	783,0	4,2	231 269,3
Ромодановский	1 155,3	18 096,8	8 632,5	823,5	0,0	3 272,5
Рузаевский	1 379,4	84 824,1	37 417,6	2 876,9	735,9	13 318,8
Старошайговский	1 021,3	27 593,6	9 533,2	820,1	908,8	3 589,9
Темниковский	1 390,2	27 346,0	8 079,7	578,5	0,0	3 623,5
Теньгушевский	1 253,8	23 339,9	10 576,7	648,5	0,0	3 298,4
Торбеевский	1 265,9	23 264,7	9 579,6	1 045,3	0,0	4 136,5
Чамзинский	1 217,6	28 784,8	10 273,6	1 324,2	4,8	3 785,5
ГО Саранск	2 081,9	14 411,3	17 288,5	2 162,9	92,4	3 768,9

В качестве результативного признака (зависимой переменной) модели рассмотрим переменную Y – заболеваемость населения по основным классам болезней на 1 000 человек населения. В качестве независимых переменных выберем несколько показателей, влияющих полностью или частично на Y:

X₁ – финансирование медицинской помощи за счет бюджетных средств на 10 000 человек населения, тыс. руб.;

X₂ – финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС на 10 000 человек населения (без учета средств национального проекта), тыс. руб.;

X₃ – финансирование за счет средств от реализации платных мед услуг на 10 000 человек населения, тыс. руб.;

X₄ – прочие поступления (пожертвования, спонсорские, благотворительная помощь и др.) на 10 000 человек населения, тыс. руб.;

X₅ – выплаты по национальному проекту, всего на 10 000 человек населения, тыс. руб.

Построим с помощью программного комплекса «ЭКМ-1» [5] матрицу парных коэффициентов корреляции (табл. 8).

Таблица 8

Матрица парных коэффициентов корреляции

r _{ij}	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅
Y	1,00	-0,05	-0,19	-0,24	-0,08	-0,10
X ₁		1,00	0,61	0,68	0,16	0,01
X ₂			1,00	0,79	0,05	-0,04
X ₃				1,00	0,05	0,03
X ₄					1,00	-0,03
X ₅						1,00

$$\tilde{y} = 75,205 - 0,002 \cdot x_1 - 0,004 \cdot x_2 - 0,042 \cdot x_3 - 0,214 \cdot x_4 - 0,001 \cdot x_5$$

Проанализируем полученную модель:

– сопоставляя коэффициент тесноты связи $\eta = 0,761$ с таблицей Чеддока, делаем заключение о наличии высокой связи;

– сравнительный анализ коэффициента t_r с критическим значением таблицы Стьюдента ($8,49 > 2,07$) показывает, что $t_r > t_r$, это значит, что коэффициент тесноты связи r в данной зависимости достоверен при уровне значимости $\alpha = 0,05$;

– коэффициенты доверия параметров модели равны, соответственно $t_{a1} = 2,46$; $t_{a2} = 3,04$; $t_{a3} = 2,41$; $t_{a4} = 2,08$; $t_{a5} = 2,51$; т. к. все они превышают критическое значение критерия Стьюдента $t_r = 2,07$, то коэффициенты уравнения регрессии являются статистически значимыми при уровне значимости $\alpha = 0,05$;

– средняя ошибка аппроксимации $\varepsilon = 5,00\%$ – уравнение регрессии может использоваться для прогнозирования показателя;

– $F_{\phi} > F_r (1,94 > 1,77)$ – найденное уравнение регрессии надежно по критерию Фишера при уровне значимости. Таким образом, построенная модель (1) пригодна для исследования и прогнозирования.

Сравнительная оценка влияния факторных переменных X₁, X₂, X₃, X₄, X₅ на результирующий признак с использованием расчетов коэффициентов эластичности и β -коэффициентов представлена в табл. 9.

Сравнительная оценка влияния факторов на показатель

№	a_j – коэффициенты уравнения	\mathcal{E}_j – коэффициенты эластичности		β_j – бета коэффициенты		Сумма рангов	№ значимости
		значения	ранг	значения	ранг		
1	$\dot{a}_1 = -0,003$	-0,050	2	-0,340	3	5	2
2	$a_2 = -0,004$	-0,051	1	-0,420	1	2	1
3	$a_3 = -0,042$	-0,040	3	-0,333	4	7	3–5
4	$a_4 = -0,214$	-0,011	4	-0,287	5	7	3–5
5	$a_5 = -0,001$	-0,010	5	-0,347	2	7	3–5

Анализ табл. 9 показывает, что наиболее существенное влияние на снижение заболеваемости населения региона по основным классам болезней оказывают такие факторы, как X_1 – финансирование медицинской помощи за счет бюджетных средств, X_2 – финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС, поэтому на них должно быть обращено особенно пристальное внимание при проведении анализа финансирования. В меньшей степени результативный признак Y зависит от таких факторных признаков, как X_3 – финансирование за счет средств от реализации платных мед. услуг, X_5 – выплаты по национальному проекту и X_4 – прочие поступления (пожертвования, спонсорские, благотворительная помощь и др.).

Экономическая интерпретация коэффициентов эластичности состоит в следующем: коэффициент \mathcal{E}_j показывает, на сколько процентов в среднем изменится результативный признак Y , при увеличении соответствующего факторного признака X_j на 1 %.

В частности, можно сказать, что $\mathcal{E}_1 = -0,050$ % означает, что увеличение финансирования медицинской помощи за счет бюджетных средств на 10 000 человек населения на 1 % приводит к снижению в среднем заболеваемости населения региона по основным классам болезней на 0,050 %. А $\mathcal{E}_2 = -0,051$ % означает, что увеличение финансирования медицинской помощи за счет средств ОМС на 10 000 человек населения на 1 % приводит к снижению в среднем заболеваемости населения региона по основным классам болезней на 0,051 %.

Таким образом, видно, что между уровнем заболеваемости населения в республике и объемами финансирования отрасли прослеживается четкая зависимость. Такая связь может учитываться при планировании и прогнозировании ключевых показателей здравоохранения в Республике Мордовия.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Антонов Д. П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 6. С. 35–40.
2. Васильев И. В., Калининченко А. В., Бурдейн А. В., Борцов В. А. К вопросу о подходах к концепции развития здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2010. № 2. С. 5–9.
3. Витютнева И. Л. О финансировании муниципального здравоохранения // Финансы. 2007. № 10. С. 22–24.
4. Зинчук Ю. Ю. Экономическая самостоятельность лечебно-профилактических учреждений – основа реформирования микроэкономики здравоохранения // Здравоохранение РФ. 2009. № 1. С. 12–17.
5. Иванова И. А., Коротяевский А. Г. Эконометрическое моделирование ЭКМ-1. (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ) // Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам: Свидетельство № 2005612656, зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 12 октября 2005 г.
6. О Программе модернизации здравоохранения Республики Мордовия на 2011–2012 годы : постановление Правительства Республики Мордовия от 14 марта 2011 г. № 80 // Справочно-правовая система «Гарант».
7. Республиканская территориальная программа государственных гарантий оказания населению Республики Мордовия бесплатной медицинской помощи на 2011 год (утв. постановлением Правительства Республики Мордовия от 24 декабря 2010 г. № 499) // Справочно-правовая система «Гарант».
8. О республиканском бюджете РМ на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов : закон РМ от 02.12.2008 г. № 122-3 // Справочно-правовая система «Гарант».
9. О бюджете Мордовского республиканского фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов : закон Республики Мордовия от 3 декабря 2009 г. № 95-3 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.mrfoms.ru>
10. Минздравсоцразвития РФ : официальный сайт [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru> (дата обращения: 01.02.2012).
11. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 01.02.2012).

REFERENCES

1. Antonov D. P. Foreign experience in creation of financial resources for the health care // Issues of standardization in the health care. 2005. # 6. P. 35–40.
2. Vasilyev I. V., Kalinichenko A. V., Burdein A. V., Bortsov V. A. To the issue of approaches to the concept of the health care development // Economics of the health care. 2010. # 2. P. 5–9.
3. Vityutneva I. L. On financing the municipal health care // Finances. 2007. # 10. P. 22–24.
4. Zinchuk Yu. Yu. Economic independence of medical institutions is the basis of reforming of the health care microeconomics // Health care in the RF. 2009. # 1. P. 12–17.

5. Ivanova I. A., Korotayevsky A. G. Econometric modeling of ЕКМ-1 (certificate of official registration of computer program) // Federal service of intellectual property, patents and trade marks: Certificate # 2005612656, registered in the Register of computer programs as of October 12, 2005.

6. On the program of modernization of the health care of Republic of Mordovia for 2011–2012 : decree of the Government of Republic of Mordovia dated March 14, 2011 No.80 // Reference-legal system 'Garant'.

7. Republican territorial program of the state guarantees for providing free medical care to the population of Republic of Mordovia for 2011 (approved by the decree of the Government of Republic of Mordovia dated December 24, 2010 # 499) // Reference-legal system 'Garant'.

8. On republican budget of the RM for 2009 and for the planned period of 2010 and 2011 : law of the RM dated 02.12.2008 # 122-3 // Reference-legal system 'Garant'.

9. On the budget of Mordovia republic fund for compulsory medical insurance for 2010 and for the planned period of 2011 and 2012 : law of Republic of Mordovia dated December 3, 2009 # 95-3 [Electronic resource]. Access mode: <http://www.mrfoms.ru>

10. Ministry of the health care and social development of the RF: official site [Electronic resource]. Access mode: <http://www.minzdravsoc.ru> (date of viewing: 01.02.2012).

11. Federal service of the state statistics [Electronic resource]. Access mode: <http://www.gks.ru> (date of viewing: 01.02.2012).

УДК 338.43

ББК 65.262.253.2

Кардаильская Тамара Геннадьевна,

соискатель каф. экономики бизнеса и финансов,

старший преподаватель каф. экономики и управления предприятием

Астраханского государственного технического университета,

г. Астрахань,

e-mail: nabiev56@list.ru

АГРОПРОМЫШЛЕННЫЙ КОМПЛЕКС КАК СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ОБЪЕКТ КРЕДИТОВАНИЯ

AGRICULTURAL COMPLEX AS A SPECIFIC OBJECT OF CREDITING

В посткризисных условиях, а также в преддверии вступления России в ВТО особо остро обозначилась проблема снижения продовольственной безопасности России. Обеспечение населения страны необходимым уровнем продовольственных товаров отечественного производства возможно лишь при эффективном и динамичном развитии агропромышленного комплекса. В данной статье автор подчеркивает необходимость привлечения банковского кредита для развития АПК. В своей статье автор рассматривает три элемента рынка кредитования АПК: коммерческие банки, хозяйствующие субъекты агропромышленного комплекса и государство. На основе проведенного исследования предлагается ряд мероприятий для каждого участника кредитной сделки, позволяющий расширить кредитную активность коммерческих банков и удовлетворить спрос на кредитные ресурсы со стороны организаций сельского хозяйства.

In the post-crisis conditions, as well as on the threshold of joining the World Trade Organization by Russia, the problem of reduction of the food safety of Russia was especially critical. Providing the population of the country with the necessary level of domestic food-stuff is possible only at effective and dynamical development of agricultural complex. In the present article the author underlines the necessity of attraction of the bank credit for the agrarian and industrial complex development. In the article the author considers three components of the market of crediting of the agricultural complex: commercial banks, economic entities of agricultural complex and the state. On the basis of conducted research the number of measures for each participant of the business deal has been proposed allowing expanding the credit activity of commercial banks and satisfying the demand for credit resources from the agricultural companies.

Ключевые слова: кредит, кредитование сельскохозяйственных предприятий, спрос на кредитные ресурсы, государственная поддержка, кредитная активность, продовольственная безопасность, агропромышленный комплекс, сельскохозяйственные товаропроизводители, финансовые ресурсы, кредитные организации.

Keywords: credit, crediting of the agricultural companies, demand for credit resources, state support, credit activity, food safety, agricultural complex, agricultural producers, financial resources, credit agencies.

Продовольственная безопасность является неотъемлемой частью экономической безопасности любого государства, в которой отражены важнейшие национальные интересы в области расширенного воспроизводства продовольственной сферы и обеспечивающей стабильность уровня жизни населения [1, с. 389]. Мировой финансовый кризис 2008 года и посткризисное развитие экономики ряда зарубежных стран показывают, что проблема обеспечения безопасности страны (экономической, финансовой, продовольственной) остается приоритетной. Экономической основой национальной безопасности в продовольственной сфере является продовольственное обеспечение населения страны основными видами продуктов питания, снижение степени зависимости России от импорта продовольственных товаров. Это ставит продовольствие по значимости на уровень продукции оборонных отраслей.

Экономическим порогом считается 20 % доля импорта, за которым следует стагнация, когда импорт не дополняет, а подавляет внутреннее производство. Однако в настоящее время доля импорта продовольствия на продовольственном рынке России на 10–15 % превышает порог продовольственной безопасности. По мнению