

ИНВЕСТИЦИИ КАК ФАКТОР УСТОЙЧИВОСТИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Людмила Валентиновна Токун¹

¹ ФГБОУ ВО Государственный университет управления
109542, Москва, Рязанский проспект, 99

¹ Кандидат экономических наук, доцент, профессор кафедры финансов и кредита
E-mail: ltokoun@yandex.ru

Поступила в редакцию: 21.05.2016

Одобрена: 01.06.2016

Аннотация. В настоящей статье автором рассматривается состав государственных расходов на здравоохранение, а также анализируется достаточность инвестиций в здравоохранение.

Цель / Задачи. Целью представленной статьи является анализ расходов по проекту «Стратегии развития здравоохранения РФ на долгосрочный период 2015–2030 гг.». К основным задачам данной статьи относятся определение технического состояния и благоустройства зданий лечебно-профилактических организаций, оценка величины основных фондов в здравоохранении и амортизации медицинского оборудования, оценка тарифов в системе обязательного медицинского страхования.

Методология. Проведено исследование методом сравнительного анализа показателей за последние 10 лет.

Результаты. С 2005 г. по 2014 г. расходы на здравоохранение возросли в 3 раза, т.е. относительно к ВВП. В тот же период инвестиции в здравоохранение возросли в 2 раза. Основной рост расходов пришелся на заработную плату. Такие тенденции могут свидетельствовать о недостаточном внимании в отношении основных фондов. В сопоставлении с коэффициентом обновления и степенью износа темпы роста и уровень инвестиций вызывают сомнения в достаточности и устойчивости материальной базы здравоохранения для оказания необходимой медицинской помощи. Необходим расчет норматива, включающего непрерывное обновление основных фондов с учетом каждого региона РФ в зависимости от региональных особенностей и структуры основных фондов.

Выводы / значимость. В исследовании сделан вывод о том, что в настоящее время размер ежегодных инвестиций в здравоохранение за счет федерального и региональных бюджетов не отвечает потребностям даже простого воспроизводства, не говоря уже о модернизации и развитии. Планирование потребности в бюджетных инвестициях может быть осуществлено на основе специального нормативного показателя, учитывающего объем, состав и структуру основных фондов. Финансовая устойчивость российского здравоохранения зависит не только от системы обязательного медицинского страхования, как источника операционных расходов, но и от бюджетных инвестиций, обеспечивающих капитальные расходы.

Ключевые слова: здравоохранение, инвестиции, основные фонды, лечебно-профилактические организации, финансирование медицинской помощи.

Для ссылки: Токун Л. В. Инвестиции как фактор устойчивости российского здравоохранения // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2016. Т. 7. № 2. С. 132–138. doi: 10.18184/2079-4665.2016.7.2.132.138

В российском здравоохранении проходит масштабная реформа, затрагивающая интересы всех участников процессов оказания медицинской помощи от федеральных и региональных органов исполнительной власти, фондов обязательного медицинского страхования до медицинских организаций и пациентов. Проведение реформы потребовало существенных изменений в нормативно-правовой области, управлении отрасли здравоохранения, условиях оказания и порядке финансирования медицинской помощи. Реформа продолжается и ее промежуточные результаты оцениваются неоднозначно. У различных специалистов возникает множество вопросов о целевых показателях и конкретных аспектах ресурсного обеспечения проводимых преобразований. Очевидно, что в качестве широко объявленной цели реформы выступило повышение эффективности

российского здравоохранения, при этом улучшения должны были почувствовать и граждане, и работники отрасли. Однако, на практике улучшения не столь заметны, как это ожидалось.

Очевидно, что само по себе повышение эффективности должно основываться на показателях эффективности. Показатели эффективности обычно представляют собой соотношение между положительным эффектом, например, ростом объема оказанных услуг и затратами ресурсов на его достижение. Рост эффективности в принципе может быть достигнут как увеличением объема (числитель), так и снижением затрат (знаменатель). Можно предположить, что в процессе реформы здравоохранения больше внимания уделено второму фактору – сокращению затрат, чем фактору повышения эффекта как такового. В условиях кризисных явлений в экономике РФ сокращение расхо-

дов бюджетных средств очень важно. Но экономия должна быть тщательно обоснована. Поскольку хроническое недофинансирование может обернуться повышенными расходами в будущем.

В 2014 г. Правительство РФ разработало проект Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг. [1]. Проект обсуждался как медицинским сообществом, так и различными сообществами пациентов. Стратегия получила неположительную оценку. Вместе с тем, очевидно, что названная Стратегия отражает позицию руководителей и перспективы развития здравоохранения как отрасли народного хозяйства. Общественная палата РФ провела экспертизу, составила свое заключение о проекте Стратегии и направила его Министру здравоохранения. В заключении Общественной палаты отмечены конкретные точечные недоработки проекта, но как главное отмечено то, что в проекте не названо в качестве стратегической цели улучшение состояния здоровья населения, не просчитаны объемы и не представлены источники финансирования стратегического развития отрасли.

Гарантом защиты интересов граждан в сфере охраны здоровья в РФ по-прежнему остается государство, которое несет основные расходы на оказание бесплатной медицинской помощи населению. Вместе с тем, в 2014 г. по данным Росстата и Федерального Казначейства за счет государственных расходов было оплачено только около 80% общих расходов на оказание медицинских услуг, остальные оплачены за счет частных средств. Расходы бюджетной системы РФ на здравоохранение в 2011 г. составили 1933,1 млрд. руб. (3,23% ВВП), в 2014 г. – 2532,7 млрд. руб. (3,25% ВВП) [2]. Как видно, изменения пропорций не произошло, что свидетельствует о неизменности приоритетов и структуры бюджетных расходов. Рост расходов в абсолютном выражении на 31% за названные пять лет не может рассматриваться как значительный, поскольку в большой степени нивелируется инфляцией.

Остановимся подробнее на составе государственных расходов на здравоохранение, а именно на расходах, связанных с финансированием основных фондов. Здравоохранение является достаточно ресурсоемкой отраслью, для обеспечения оказания медицинской помощи необходимы здания, сооружения, оборудование, транспортные средства, нематериальные активы (например, компьютерные программы) и другие виды внеоборотных активов. В составе внеоборотных активов, которые непосредственно обеспечивают оказание медицинской помощи особое место занимает специальное медицинское оборудование. Его доля в стоимости внеоборотных активов постоянно увеличивается,

поскольку современные медицинские технологии требуют все более дорогостоящего оборудования. В особой степени это относится к высокотехнологичной медицинской помощи, объемы предоставления которой в нашей стране с каждым годом возрастают. К сожалению, провести комплексный анализ состояния активной части основных фондов здравоохранения очень непросто, статистический учет оборудования налажен слабо.

Оценить состояние зданий, как части основных фондов, используемых в российском здравоохранении в целом, можно по статистическим данным [2]. По данным Росстата в 2014 г. в системе Минздрава России насчитывалось 110,2 тыс. зданий лечебно-профилактических организаций здравоохранения (включая ФАПы, фельдшерские пункты, патологоанатомические отделения), из них находилось в аварийном состоянии – 1,9%; требовали реконструкции 2,9% и капитального ремонта – 22,1%.

Данные о состоянии зданий системы Министерства здравоохранения РФ за ряд лет отражены в табл. 1.

Анализ данных табл. 1 свидетельствует о том, общее количество зданий больничных организаций сократилось на 5,1 тыс., а зданий амбулаторно-поликлинических организаций на 1,1 тыс. Более высокое сокращение больничных зданий можно объяснить тенденцией сокращения стационарной медицинской помощи. Доля зданий, находящихся в аварийном состоянии, требующих реконструкции, требующих капитального ремонта за наблюдаемый период сократилось. Наблюдается устойчивое сокращение доли зданий, не оборудованных водопроводом, горячим водоснабжением, центральным отоплением, канализацией и телефонной связью. Все это рассматривается как положительные тенденции. И вместе с тем, следует отметить, очень высокий уровень количества зданий, требующих капитального ремонта – практически каждая четвертая больница или поликлиника находятся в здании, которое нуждается в капитальном ремонте.

Для того, чтобы оценить потребности российского здравоохранения в капитальных вложениях на обновление основных фондов и инвестициях в развитие следует обратить внимание на состояние основных фондов. Наличие, движение и состояние основных фондов отражены в табл. 2.

Анализ данных табл. 2 показывает, что за последние 10 лет в здравоохранении произошло резкое увеличение стоимости основных фондов, их стоимость увеличилась более чем в 3 раза с 1023,4 млрд. руб. в 2005 г. до 3233,8 млрд. руб. в 2014 г. Увеличение стоимости основных фондов происходило особенно интенсивно в период 2011–2013 гг.,

Таблица 1

Техническое состояние и благоустройство зданий лечебно-профилактических организаций здравоохранения системы Минздрава РФ

	2005 г.	2010 г.	2013 г.
Больничные организации			
Всего зданий, тыс.	23,8	18,8	18,7
из них по техническому состоянию, процентов:			
находятся в аварийном состоянии	3,3	2,0	1,6
требуют реконструкции	6,4	5,9	4,1
требуют капитального ремонта	28,5	32,9	28,2
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в процентах от общего числа зданий:			
водопровод	8,8	6,0	3,9
горячее водоснабжение	33,1	24,9	20,6
центральное отопление	9,6	9,5	7,0
канализация	12,2	8,3	6,2
телефонная связь	7,7	5,8	4,0
Амбулаторно-поликлинические организации			
Всего зданий, тыс.	20,0	19,2	18,9
из них по техническому состоянию, процентов:			
находятся в аварийном состоянии	1,6	1,2	1,1
требуют реконструкции	4,8	3,4	2,3
требуют капитального ремонта	24,0	25,7	21,8
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в процентах от общего числа зданий:			
водопровод	13,8	6,6	6,1
горячее водоснабжение	42,3	31,8	29,6
центральное отопление	14,4	10,3	10,2
канализация	17,9	9,3	7,9
телефонная связь	9,8	5,8	4,6

Составлено по данным Росстата.

заметим, что в этот период реализовывался приоритетный Национальный проект «Здоровье» (ПНП). В этот же период достигает максимальных

значений и коэффициент обновления основных фондов – от 5,3% до 6,1%. Степень износа основных фондов остается на высоком уровне – более 50%. По мере изменения структуры основных фондов, увеличения доли медицинского оборудования в их структуре, степень износа будет увеличиваться все более высокими темпами. Это происходит вследствие быстрого морального старения таких видов дорогостоящего оборудования, как аппараты МРТ, рентгенодиагностическое оборудование, аппараты для ультразвуковой диагностики и т.п. Такого вида аппаратура и оборудование, при помощи которого современная медицина оказывает высококачественную специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь, требует применения высоких норм амортизации. И как следствие, регулярного обновления за счет инвестиций, так как расходы, связанные с приобретением медицинскими организациями основных средств, относятся к долгосрочным инвестициям.

Остановимся подробнее на амортизации медицинского оборудования. Как известно, амортизационные отчисления являются одним из источников финансирования обновления основных фондов. Аморти-

Таблица 2

Наличие, движение и состояние основных фондов в здравоохранении РФ

	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Наличие основных фондов (на конец года; по полной учетной стоимости), млрд. руб.	1023,4	2175,8	2372,8	2651,4	3054,1	3233,8
Ввод в действие основных фондов, млрд. руб.	79,8	159,3	205,6	295,9	295,3	199,5
Степень износа основных фондов (на конец года), процентов	47,8	53,3	53,9	52,7	54,9	54,7
Коэффициент обновления основных фондов (в сопоставимых ценах), процентов	3,7	4,6	5,3	6,1	5,8	4,7
Коэффициент выбытия основных фондов (в сопоставимых ценах), процентов	1,1	1,3	1,4	1,2	1,7	1,7

Составлено по данным Росстата.

зация медицинского оборудования строго говоря должна входить в расчет себестоимости оказания медицинских услуг, входящих в свою очередь в состав медицинской помощи. Именно так определяется цена на медицинские услуги в коммерческом секторе медицины. В случае с медицинскими услугами, оказываемыми государственными организациями, амортизация начисляется, она показывает износ, но не формирует амортизационного фонда. Тарифы на оказание медицинской помощи, применяемые в системе ОМС не включают расходы на обновление оборудования. Учредителем государственных медицинских организаций являются органы исполнительной власти соответствующего уровня – федерального или регионального. За учредителями закреплена ответственность за обновление основных фондов. Сами государственные медицинские организации вправе приобретать оборудование в пределах определенной стоимости – в настоящее время до 100 тыс. руб. Очевидно, что в этот предел не попадает дорогостоящее оборудование, особенно если имеется в виду оборудование иностранного производства с учетом сложившегося курса рубля. Таким образом регулярное обновление основных фондов в здравоохранении зависит для медицинских учреждений федеральной принадлежности от возможностей федерального бюджета, для медицинских учреждений региональной принадлежности от возможностей региональных бюджетов. Заметим, что отдельным вопросом является приобретение запасных частей для текущего ремонта оборудования и расходных материалов, которые чаще всего по требованиям производителя должны оригинальными, т.е. быть закуплены у самого производителя или у его дилера.

Приблизительно половина медицинского оборудования, поставленного в медицинские организации в ходе реализации ПНП «Здоровье», была иностранного производства. Были, разумеется, и поставки отечественного оборудования. Когда сроки эксплуатации определенной части медицинского оборудования приближаются к окончанию, возникает необходимость или капитального ремонта (если это возможно в принципе) или обновления путем полной замены, что приводит к увеличению бюджетных расходов соответствующих бюджетов в виде инвестиций в здравоохранение.

Рассматривая инвестиции в здравоохранение как комплексное понятие, можно утверждать, что инвестиции могут иметь следующее предназначение и соответствующие им цели:

- возобновление основных фондов для поддержания производства достигнутого объема и качества медицинских услуг – простое воспроизводство;
- обновление основных фондов для производства медицинских услуг более высокого качества при сохранении объема их оказания – модернизация основных фондов для изменения и объема и качества услуг;
- переход на более прогрессивные, инновационные технологии оказания медицинских услуг.

Задачи выбора цели инвестиций должны быть адекватны решению задач текущего этапа развития отрасли. При этом первая из названных целей является минимально достаточной – поддержание основных фондов в рабочем состоянии. Такие же цели характерны для инвестиций в другие отрасли услуг, например, в ЖКХ. Следующие две цели соответствуют расширенному воспроизводству.

Текущий этап реформирования здравоохранения в различных источниках довольно часто называют «оптимизацией». Изучение материалов по этой так называемой оптимизации показывает, что ее основной целью была экономия бюджетных средств, сокращение госрасходов за счет сокращения излишних, неэффективных медицинских учреждений, укрупнения путем создания объединенных межмуниципальных учреждений, сокращение излишнего медицинского персонала и тому подобных мер. Насколько правильно проводится оптимизация, как она отражается на доступности и качестве медицинской помощи – двум важнейшим критериям оценки эффективности медицинской помощи – покажут ее результаты. Председатель Счетной палаты РФ Татьяна Голикова дала предварительную оценку проводимым мероприятиям по оптимизации здравоохранения, назвав ее «бездумной»¹. Вместе с тем, сокращение количества медицинских учреждений в принципе должно привести к сокращению потребности в капитальных расходах, т.е. инвестициях в основной капитал. Но оно может быть признано эффективным, если доступность и качество медицинской помощи как минимум останутся на прежнем уровне. Достижение же более перспективных целей, таких как повышение качества оказываемой в рамках государственных гарантий медицинской помощи, требует не количественного сокращения, а модернизации материально-технической базы.

В табл. 3 приведены данные об инвестициях в основной капитал здравоохранения РФ в срав-

¹ Голикова назвала оптимизацию здравоохранения «бездумной» http://www.zdrav.ru/news/101771-qqn-16-m5-23-05-2016-golikova-nazvala-optimizatsiyu-zdravoohraneniya-bezдумnoy?utm_source=letternews&utm_medium=letter&utm_campaign=letternews-zdrav_24052016_weekly_readers_47587

Таблица 3

Инвестиции в основной капитал здравоохранения РФ

	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2014 г.
ВВП (млрд. руб.)	21 609,8	46 308,5	59 698,1	66 926,9	77 945,1
Расходы консолидированного бюджета РФ и бюджетов государственных ВНБФ на здравоохранение (млрд. руб.)	797,1	1708,8	1933,1	2283,3	2532,7
Госрасходы на здравоохранение, % к ВВП	3,68%	3,69%	3,23%	3,41%	3,25%
Инвестиции в основной капитал здравоохранения (млрд. руб.)	94,806	196,182	216,335	255,759	195,385
• в процентах от общего объема инвестиций в основной капитал в экономике	2,6%	2,1%	2,0%	2,0%	1,4%
• в процентах от общих расходов на здравоохранение	11,8%	11,48%	11,19%	11,20%	7,71%

нении с некоторыми макроэкономическими показателями.

На основе анализа данных табл. 3 можно сделать некоторые выводы о динамике объема инвестиций. При практически постоянной доле расходов в процентах от ВВП на здравоохранение в целом за рассматриваемый период (в среднем около 3,5%) в абсолютном выражении, ежегодные расходы возросли более чем в 3 раза (с 797,1 млрд. руб. в 2005 г. до 2532,7 млрд. руб. в 2014 г.), т.е. расходы росли теми же темпами, что и ВВП. В тот же период инвестиции в основной капитал здравоохранения возросли только в 2 раза (с 94,8 млрд. руб. в 2005 г. до 195,4 млрд. руб. в 2014 г.), пик приходится на 2012 г. – 255,8 млрд. руб. Это означает, что рост расходов на здравоохранение в большей степени пришелся на текущие, операционные расходы, прежде всего, на заработную плату. Относительные данные отражают тенденцию сокращения доли инвестиций в основной капитал здравоохранения по сравнению с общим объемом инвестиций в экономику с 2,6% в 2005 г. до 1,4% в 2014 г. И, наконец, доля инвестиций в объеме общих расходов на здравоохранение снизилась с 11,8% в 2005 г. до 7,71% в 2014 г., что снова подтверждает вывод о преобладании операционных расходов. Такие тенденции могут свидетельствовать о недостаточном внимании, которое уделяется возобновлению основных фондов, не выстроенной стратегии развития отрасли.

На основе данных Росстата нами был проведен анализ данных об абсолютных размерах инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения по федеральным округам. Динамика рассмотренных показателей представлена на рис. 1, где показаны достаточно высокие темпы роста в период с 2000 г. по 2012 г. и снижение темпов роста инвестиций на развитие здравоохранения после 2012 г. Снижение темпов роста может рассматриваться как насыщение потребно-

сти в основных фондах, при условии сохранения их стоимости за счет регулярного возобновления. Но в сопоставлении с коэффициентами обновления, и степенью износа, которые отражены в табл. 2, темпы роста и уровень инвестиций вызывают сомнения в достаточности и устойчивости материальной базы здравоохранения для оказания требуемых объемов медицинской помощи.

Поскольку основные фонды в здравоохранении имеют определенную структуру, диктуемую особенностями технологических процессов, вопрос о достаточности инвестиций должен быть поставлен как определение интегральных нормативных коэффициентов обновления и выбытия. По укрупненным группам основные фонды здравоохранения делятся на здания, сооружения, оборудование, транспортные средства и др. Коэффициент обновления может быть рассчитан как средневзвешенная величина соответствующих коэффициентов по каждой группе основных фондов. Для сохранения устойчивости материальной базы здравоохранения, частью которой является непрерывность обновления основных фондов, необходим расчет норматива такого показателя для каждого региона РФ, в зависимости от региональных особенностей состава и структуры основных фондов.

На основании рассчитанного норматива можно определить потребность региональной системы здравоохранения в капитальных расходах на инвестиции из бюджета региона. Это позволит, во-первых, усовершенствовать процесс бюджетного планирования по статье расходов на здравоохранение, во-вторых, разрабатывать и реализовывать программы долгосрочного развития.

Недофинансирование здравоохранения отражается на состоянии здоровья населения и негативным образом влияет на социально-экономические процессы. Недофинансирование здравоохранения по операционным расходам приводит к ухуд-

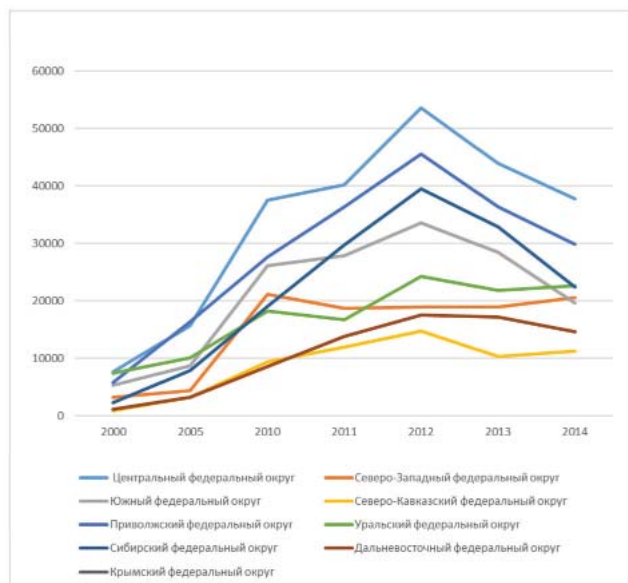


Рис. 1. Динамика инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения по федеральным округам (млн. руб.)

шению результатов оказания медицинской помощи в текущем периоде, но не накапливается в связи с особенностями бюджетного планирования. Косвенно оно может накапливаться как негативный эффект состояния здоровья населения на соответствующей территории. Недофинансирование по капитальным расходам накапливается с каждым периодом и рано или поздно непременно потребует погашения. Поэтому следует осуществлять среднесрочное планирование инвестиций, обосновывая объем инвестиций потребностями отрасли здравоохранения, но не возможностями бюджета. Только при таком подходе можно обеспечить устойчивость системы здравоохранения.

Подводя итоги, отметим, что есть все основания считать, что в настоящее время размер ежегодных инвестиций в здравоохранение за счет федерального и региональных бюджетов не отвечает потребностям даже простого воспроизводства, не говоря уже о модернизации и развитии. Планирование потребности в бюджетных инвестициях может быть осуществлено на основе специального нормативного показателя, учитывающего объем, состав и структуру основных фондов. Финансовая устойчивость российского здравоохранения зависит не только от системы обязательного медицинского страхования, как источника операционных расходов, но и от бюджетных инвестиций, обеспечивающих капитальные расходы.

Список литературы

1. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг. (проект) доступен на сайте Министерства здравоохранения РФ: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravooohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>
2. Здравоохранение в России. 2015 / Статистический сборник. Официальное издание. М.: Росстат, 2015.
3. Бланк И.А. Основы финансового менеджмента. В 2 т. 3-е изд. К.: Эльга, Ника-Центр, 2007. Т. 1. 624 с.
4. Варавикова Е.А. Антикризисные стратегии в национальных системах здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2010. № 11. С. 49–57
5. Габуева Л.А., Фучежи А.П. Оценка финансовой устойчивости госпрограмм развития здравоохранения России // Здравоохранение. 2016. № 5. URL: <http://e.zdravohrana.ru/article.aspx?aid=459291>
6. Ле Гранд Д. Другая невидимая рука: предоставление общественных слуг на основе выбора и конкуренции [Текст]: пер. с англ. И. Кушнаревой. М.: изд. Института Гайдара, 2011. 240 с.
7. Зубенко С.А. Механизмы финансирования здравоохранения на базе сравнительной характеристики действующих мировых систем // Адвокат. 2003. № 12. С. 5–11.
8. Качкин Д.В., Скрыбин М.Д. Способны ли ГЧП обеспечить привлечение инвестиций в здравоохранение // Электронный журнал "Здравоохранение". 2016. № 3. URL: <http://e.zdravohrana.ru/article.aspx?aid=446241>
9. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. (Серия WP8 "Государственное и муниципальное управление"). 56 с.
10. Масгрейв Ричард А., Масгрейв Пегги Б. Государственные финансы: теория и практика: пер. с англ. М.: Бизнес Атлас, 2009. 716 с.

INVESTMENTS AS A FACTOR OF STABILITY OF THE RUSSIAN HEALTHCARE SYSTEM

Lyudmila Tokun

Abstract

In this article the author examines the structure of public expenditure on health in Russia and analyzes the adequacy of the investments in the health system.

Goal / Objectives. The aim of this article is to analyze the expenses of the project "Development strategy of the Russian healthcare system for the long-term period 2015–2030". The main objectives of this article are the definition of the technical condition of the buildings and improvement of health facilities, evaluation of the value of fixed assets in the healthcare and medical equipment depreciation, evaluation of tariffs in the compulsory health insurance system.

Methodology. the method of comparative analysis of 10 past years indicators is used in this article

Results. From 2005 to 2014 healthcare expenditures have increased 3 times, which is comparable to GDP growth. In the same period, investments in health have increased by 2 times. The main increase in expenditures occurred in the wages. These trends may indicate a lack of attention in relation to fixed assets. In relation to the renovation and the depreciation factor, rate of growth and the level of investment cast doubt on the adequacy and sustainability of the healthcare's material basis for the provision of necessary medical assistance. It is required to calculate the standard, which includes continuous updating of fixed assets based on the each region of RF, depending on the regional characteristics and the structure of fixed assets.

Conclusions / Significance. The study concluded that at the moment the size of the annual investment in health by the federal and regional budgets do not meet the needs of even simple reproduction, not to mention the modernization and development.

Planning budget investment requirements can be carried out based on a special standard ratio, which takes into account the volume, composition and structure of fixed assets. Financial stability of the Russian healthcare depends not only on compulsory health insurance system, as a source of operating costs, but also on the cost of investments, providing capital expenditures.

Keywords: healthcare, investments, fixed assets, health facilities, healthcare funding.

Correspondence: Tokun Lyudmila Valentinovna, State University of Management (Ryazansky prospect, 99, Moscow 109542, Russia), Itokoun@yandex.ru

Reference: Tokun L. V. Investments as a factor of stability of the Russian healthcare system. M.I.R. (Modernization. Innovation. Research), 2016, vol. 7, no. 2, pp. 132–138. doi:10.18184/2079-4665.2016.7.2.132.138

References

1. Strategiya razvitiya zdavookhraneniya Rossiiskoi Federatsii na dolgosrochnyi period 2015–2030 (proekt) dostupen na saite Ministerstva zdavookhraneniya RF: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdavookhraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>
2. Zdavookhranenie v Rossii. 2015 / Statisticheskii sbornik. Ofitsial'noe izdanie. M.: Rosstat, 2015.
3. Blank I.A. Osnovy finansovogo menedzhmenta. V 2t. 3-e izd. K.: El'ga, Nika-Tsentr, 2007. T. 1. 624 p.
4. Varavikova E.A. Antikrizisnye strategii v natsional'nykh sistemakh zdavookhraneniya. Menedzher zdavookhraneniya, 2010, no. 11, pp. 49–57.
5. Gabueva L.A., Fuchezhi A.P. Otsenka finansovoi ustoichivosti gosprogramm razvitiya zdavookhraneniya Rossii. Zdavookhranenie, 2016, no. 5. URL: <http://e.zdravohrana.ru/article.aspx?aid=459291>
6. Le Grand D. Drugaya nevidimaya ruka: predostavlenie obshchestvennykh slug na osnove vybora i konkurentsii [Tekst]: per. s angl. I. Kushnarevoi. M.: izd. Instituta Gaidara, 2011. 240 p.
7. Zubenko S.A. Mekhanizmy finansirovaniya zdavookhraneniya na baze sravnitel'noi kharakteristiki deistvuyushchikh mirovykh sistem. Advokat, 2003, no. 12, pp. 5–11.
8. Kachkin D.V., Skryabin M.D. Sposobny li GChP obespechit' privilechenie investitsii v zdavookhranenie. Elektronnyzhurnal "Zdavookhranenie", 2016, no. 3. URL: <http://e.zdravohrana.ru/article.aspx?aid=446241>
9. Kochkina N.N., Krasil'nikova M.D., Shishkin S.V. Dostupnost' i kachestvo meditsinskoi pomoshchi v otsenkakh naseleniya M.: Izd. dom Vysshei shkoly ekonomiki, 2015. (Seriya WP8 "Gosudarstvennoe i munitsipal'noe upravlenie"). 56 p.
10. Masgreiv Richard A., Masgreiv Peggi B. Gosudarstvennye finansy: teoriya i praktika: per. s angl. M.: Biznes Atlas, 2009. 716 p.