

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ  
УЧРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ*И. М. Ахметзянов**Научно-производственное объединение "Медикосервис"  
(генеральный директор — канд. мед. наук И. М. Ахметзянов), г. Казань*

В целях эффективного финансового обеспечения охраны здоровья населения в современных условиях необходимо, как показала практика, изучение особенностей экономики здравоохранения, закономерностей развития потребностей населения в медицинских услугах и способов мобилизации экономических ресурсов для отрасли [3]. Финансирование здравоохранения можно отнести к числу вечных проблем поддержания национального благополучия, а сохранение жизни и здоровья различных демографических групп населения — к числу важнейших задач социальной политики [4].

Целью исследования являлось изучение системы бюджетного финансирования учреждений здравоохранения, сложившейся на уровне конкретного региона, с точки зрения применяемых форм расчетов.

Бесспорным фактом является крайне низкий уровень бюджетной обеспеченности учреждений здравоохранения, сложившийся за последнее десятилетие в Российской Федерации. Так, за 1992—1997 гг. объем финансирования здравоохранения из бюджетов различных уровней и фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) сократился на 21% в реальном выражении [6].

По мнению ведущих экономистов, хронический дефицит ресурсов для нормального финансирования медицинских учреждений порождает следующие причины общегосударственного масштаба. Во-первых, это падение объемов производства (к 1 сентября 1999 г. промышленное производство сократилось на 57% по сравнению с аналогичным показателем начала 1990 г.) и расширение теневого сектора экономики, в котором

производится от 25% (оценка Госкомстата РФ) до 40—45% (оценка правоохранительных органов) ВВП России, в результате которых снижается объем налогооблагаемой базы и ограничиваются возможности для увеличения расходов на здравоохранение. В настоящее время последние фактически исключены из первоочередных приоритетов государства, и финансирование осуществляется по остаточному принципу [1, 6]. Во-вторых, рост безработицы, снижение реального размера заработной платы и задержки ее выплаты означают снижение объема поступлений в ФОМС, так как он формируется за счет отчислений от фонда оплаты труда (3,6%) [1]. В-третьих, существовавший в течение нескольких лет высокий уровень инфляции обесценивал бюджетные ассигнования на финансирование здравоохранения и задолженности предприятий перед бюджетной системой и стимулировал появление новых форм ее погашения.

Переход на расчеты с бюджетной системой денежными суррогатами обусловлен, в частности, недостаточностью денежной массы, находящейся в обращении. Причиной этого являются эффект "бегства от денег", то есть нежелание субъектов экономики иметь свободные денежные средства, и высокая ставка ссудного процента (в 1994—1995 гг. учетная ставка ЦБ РФ достигала 210%), которая не дает предприятиям возможности привлекать кредитные ресурсы для осуществления текущих платежей.

Главной проблемой для медицинских учреждений, возникающей при замещении денежных средств суррогатами, является их низкая покупательная способ-



Рис. 1. Структура платежей ОАО "X" по НДС.

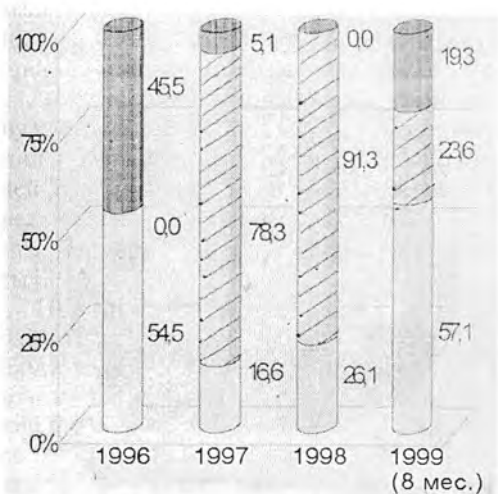


Рис. 2. Структура платежей ОАО "X" в ФОМС.

ность, то есть наличие дисконта при их обмене на денежные средства или товары, что не учитывается при выдаче этих суррогатов медицинским учреждениям и является причиной невозможности осуществления ими сметных расходов в полном объеме.

Бюджеты и территориальные больницы в значительной мере формируют свои доходы за счет поступлений от нескольких крупнейших предприятий, действующих в данном регионе. Расчет объемов и анализ структуры платежей этих предприятий с использованием метода научной индукции позволяет установить, какие средства и в

какой форме в данном регионе могут быть направлены на финансирование системы здравоохранения.

В качестве примера приведем структуру платежей одного из крупнейших предприятий РТ (обозначим его как предприятие ОАО "X") в республиканский бюджет (по НДС) и в ФОМС. В 1997—1998 гг. абсолютное большинство платежей осуществлялось векселями и взаимозачетами (рис. 1 и 2). Подобная практика позволила ликвидировать накопленную недоимку и увеличить собираемость платежей, при этом резко снизилась доля платежей денежными средствами. Однако когда в 1999 г. правительством РТ был ограничен прием в платежи денежных суррогатов, ситуация изменилась — увеличилась доля платежей денежными средствами, но вновь появились недоимки.

Предприятия также реализуют продукцию за векселя, по бартеру и взаимозачетам (их доля по РТ в 1996 г. составляла 71,4%), что не дает им возможности полноценно рассчитываться по налогам и платежам [2].

Эффект от отказа использовать в бюджетных расчетах неденежные средства может быть двояким — финансово устойчивые предприятия перейдут на денежные платежи, а прочие перестанут платить вовсе. В последнем случае долги предприятий бюджетной системе могут быть реструктурированы. В результате этого в обмен на обязательство осуществлять в полном объеме текущие платежи они получают возможность списания недоимки. Правительства РТ и других регионов дают возможность предприятиям вносить платежи в бюджет в любой форме, что поощряет их рассчитываться наименее ликвидной продукцией, денежными суррогатами, взаимозачетами.

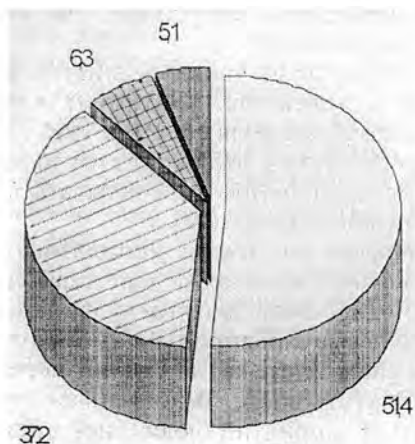
Таким образом, бюджетная система и соответственно здравоохранение при любых вариантах организации расчетов с налогоплательщиками либо недополучают ресурсы, либо получают неденежные средства, то есть медицинские учреждения потенциально могут финансироваться только с частичным использованием различных денежных суррогатов.

**Сведения о финансировании здравоохранения одного из городов РТ за 9 месяцев**

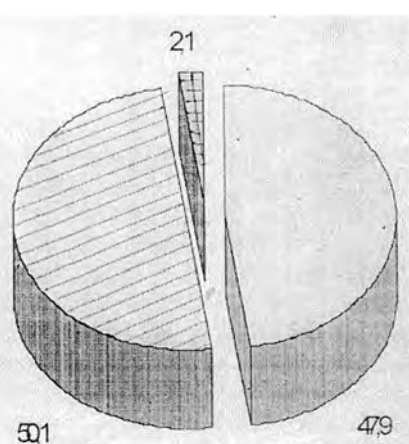
Наименование статей	Итого за 9 месяцев, тыс. руб.	Денежными средствами		Неденежными средствами		План на 1999 год, тыс. руб.	% финансирования к годовому плану
		тыс. руб.	% к итогу	тыс. руб.	% к итогу		
Заработанная плата	119889,8	82524,3	68,8	37365,5	31,2	101552,0	118,1
Канц. и хоз. расходы	54561,1	5717,0	10,5	48844,1	89,5	51888,6	105,2
Питание	12260,7	1316,0	10,7	10944,7	89,3	12700,0	96,5
Медикаменты	28155,6	2395,8	8,5	25759,8	91,5	39733,0	70,9
Капитальный ремонт	6655,4	0,0	0,0	6655,4	100,0	6000,0	110,9
Прочие статьи	34998,0	28932,9	82,7	6065,1	17,3	55075,0	63,5
<b>Всего</b>	<b>256520,6</b>	<b>120886,0</b>	<b>47,1</b>	<b>135634,6</b>	<b>52,9</b>	<b>266948,6</b>	<b>96,1</b>

Данные выводы подтверждаются сведениями о финансировании здравоохранения одного из городов Республики Татарстан. Большая часть поступлений за 9 месяцев 1999 г. приходилась на векселя и взаимозачеты (см. табл.). Структура финансирования здравоохранения

здравоохранения, могут быть превращены в товары или деньги лишь с дисконтом (скидкой от номинала). Так, дисконт по векселям правительства РТ составляет 46—48%. При осуществлении взаимозачетов или бартерных поставок предприятия также завышают цены на



□ Денежные средства    ▨ Взаимозачеты



▩ Векселя    ■ Займы

Рис. 3. Финансирование здравоохранения крупного города (население более 500 тыс. чел.) в 1998 г.

Рис. 4. Финансирование здравоохранения крупного города (население более 500 тыс. чел.) в I половине 1999 г.

по данному городу в 1998 г. и за 1 полугодие 1999 г. показана на рис. 3, 4.

В 1999 г. наблюдается выполнение бюджетных назначений. По некоторым статьям за три квартала финансирование превысило годовой план, однако из-за низкой покупательной способности поступающих денежных суррогатов возникают перерасходы, то есть реальный (в товарном эквиваленте) объем бюджетного финансирования не выше, а в большинстве случаев даже ниже планового.

Денежные суррогаты, поступающие в счет финансирования учреждений

товары. Например, одно из крупнейших предприятий РТ — ОАО «У» — устанавливает разницу в ценах товаров, поставляемых по взаимозачетам и за денежные средства (25—50% в зависимости от того, получены ли товары по бартеру или они собственного производства). Кроме того, при осуществлении расчетов, в том числе с использованием денежных суррогатов, бартера и взаимозачетов, органы управления здравоохранением и руководители медицинских учреждений вынуждены прибегать к услугам посреднических фирм, которые присваивают в виде вознагражде-

ния за услуги часть бюджетных ассигнований на содержание здравоохранения.

Важнейшим аспектом использования неденежных форм расчетов в рамках бюджетной системы является механизм ценообразования на денежные суррогаты и товары, используемые для бартера и взаимозачетов. В условиях отсутствия регламентации этого механизма предприятия бюджетная система завышает стоимость продукции и денежных суррогатов относительно реальных рыночных цен. Учреждения здравоохранения вынуждены соглашаться на такие условия финансирования под угрозой полного прекращения выплат и остановки лечебно-диагностического процесса [4].

Таким образом, государство формально выполняет планы финансирования здравоохранения, хотя фактически происходит недофинансирование, поскольку медицинские учреждения вынуждены за счет бюджетных поступлений покрывать надбавки производителей и торговли, устанавливаемые при реализации продукции по взаимозачетам, бартеру или за денежные суррогаты [2].

Предприятиям-должникам чрезвычайно выгодно осуществлять платежи в бюджетную систему путем бартера и взаимозачетов. Опыт работы медицинской фирмы в городской больницы кассе города за 1997—1998 гг. показывает, что предприятиями было передано в счет платежей ФОМС различной продукции более чем на 7 млн. руб., причем ее стоимость была выше рыночной в 1,5—4 раза. В то же время полное исключение использования денежных суррогатов в расчетах с учреждениями здравоохранения может привести к приостановке лечебно-диагностического процесса, поскольку при современном состоянии платежной дисциплины и собираемости налогов практически нереально обеспечить полное финансирование бюджетных расходов денежными средствами на региональном, тем более на местном уровне.

В условиях безудержного роста цен при товарно-вексельно-взаимозачетных

расчетах в реальном процессе становления рыночной экономики руководящие органы здравоохранения должны оставить за собой контролирующие функции в области цен и тарифов на медицинскую продукцию. Контроль за динамикой цен, осуществляемый органами государственного управления, предполагает не просто определение стоимости взятых на себя финансовых обязательств в области здравоохранения, но и их корректирование по мере изменения цен [3].

В системе здравоохранения должны быть заложены механизмы интенсификации повышения эффективности использования ресурсов. Необходимость увеличения финансовых ресурсов здравоохранения в условиях ограниченных возможностей экономики потребует повышения эффективности использования выделяемых средств.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивантер А.* // Эксперт. — 1999. — № 40. — С. 68.
2. *Климкин М.В.* // Вестн. "Мед. для Вас". — 1996. — № 17.
3. *Корчагин В.П.* Финансовое обеспечение здравоохранения. — М., 1997.
4. *Кравченко Н.А.* // Эконом. здравоохран. — 1996. — Спец. выпуск.
5. *Макаров Д.* // Вопр. эконом. — 1998. — № 3. — С. 38.
6. *Шишкин С.* // Вопр. эконом. — 1998. — № 3. — С. 90.

Поступила 15.11.99.

#### TOPICAL PROBLEMS OF FINANCING MEDICAL INSTITUTIONS IN MARKET ECONOMY

*I.M. Akhmetzyanov*

#### S u m m a r y

The system of budget financing health protection institutions establishing on a level of the concrete region with respect to the used account forms is studied. Under unchecked rise of prices in commodity — bill — interpayment accounts in the true process of market economy formation the health protection authorities should reserve the control functions in prices and tariff of medical products. The mechanisms of increasing the efficiency of using resources should be laid in the health protection system, the necessity of increasing financial resources of health protection will demand the rise of the efficiency of using the provided means.