

## ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПРОДУКЦИЮ В УСЛОВИЯХ НЕДЕНЕЖНЫХ ФОРМ РАСЧЕТОВ

*И. М. Ахметзянов*

*Научно-производственное объединение «Медикосервис»  
(генеральный директор — канд. мед. наук И. М. Ахметзянов), г. Казань*

Одной из характерных особенностей российской экономики 1995—1999 гг. является острая нехватка полноценных платежных инструментов («живых» денег). В связи с этим значительная часть расчетов осуществляется с использованием бартера, взаимозачетов, денежных суррогатов, позволяющих заменить платеж деньгами [1, 6]. Различные способы заещения денежных средств в платежном обороте применяются и в странах с развитой экономикой, однако это происходит в целях упрощения системы взаимных расчетов и удовлетворения действительной потребности в том или ином товаре. В российской практике отличительной чертой неденежных расчетов является то, что стороны идут на заключение подобных сделок вынужденно, в связи с отсутствием возможности совершения платежа с использованием денежных средств.

К настоящему времени чрезмерное распространение неденежных расчетов в реальном секторе экономики, вытеснение денег из оборота промышленных предприятий сделали невозможным сбор налоговых и иных обязательных платежей в денежной форме. Неденежные расчеты соответственно проникли и в бюджетную сферу, в том числе в систему здравоохранения [4].

В каждом отдельном регионе существует группа крупнейших предприятий, платежи которых определяют общую ситуацию в бюджетной сфере. Как показывают результаты нашего исследования, для абсолютного большинства предприятий Республики Татарстан на протяжении последних нескольких лет была характерна финансовая ситуация, определяющая снижение доли платежей в бюджет и внебюджетные фонды «живыми» деньгами.

Таким образом, практическое здравоохранение оказывается в зависимости от способности и желания предприятий-налогоплательщиков своевременно и в полном объеме выполнять свои обязательства. Пользуясь данной зависи-

мостью, предприятия устанавливают завышенные, дискриминационные для учреждений здравоохранения цены на продукцию, оплачиваемую неденежными средствами (разница по отношению к рыночным ценам достигает 40 — 60%). Соответственно форма, в которой медицинским учреждениям поступает бюджетное финансирование, в значительной степени предопределяет цены, по которым приобретаются различные товары, причем применение неденежных расчетов является негативным с точки зрения ценообразования фактором [3, 10]. Вместе с тем, как показывают наш практический опыт и результаты проведенного исследования, в современных условиях неденежные формы расчетов могут быть успешно использованы также для минимизации цен на приобретаемые медицинскими учреждениями товары и услуги.

Для учреждений здравоохранения Республики Татарстан возможность проведения соответствующих операций предопределяется, в первую очередь, высоким промышленным и сырьевым потенциалом региона. Поэтому нами была изучена потребность заводов-изготовителей медицинских изделий (в рамках России) в продукции, производимой в РТ, с целью выявления возможностей для использования данной продукции, поступающей в органы здравоохранения в счет уплаты налогов, в бартерных и прочих операциях.

Всего было проанализировано 97 заявок от производителей и поставщиков медицинской продукции по всей территории России. Выяснилось, что наибольшим спросом пользуются следующие четыре группы товаров: сырье и продукция, являющаяся стратегической для производственного процесса заводов (36 наименований), товары для материально-технического обеспечения заводов (18 наименований), продукция для дальнейшего бартера и взаимозачетов с партнерами (25 видов), различные товары, не производимые в РТ (47 видов).

Ниже представлены некоторые наиболее типичные схемы взаимоотношений с поставщиками и производителями медицинских изделий, позволяющие существенно снизить на них покупные цены. Все данные схемы в 1995—1999 гг. были нами апробированы в практической финансово-хозяйственной деятельности и оказались весьма эффективными для получения медицинской продукции по минимальным ценам.

### 1. Деньги — медицинская продукция.

Для учреждений практического здравоохранения денежные средства — самая выгодная форма предоставления им бюджетных ассигнований, поскольку деньги являются универсальным платежным средством, и цены при денежных расчетах устанавливаются наиболее низкие. Наличие денежных средств позволяет без специальной предварительной аналитической работы и построения сложных многоступенчатых схем приобрести необходимую медицинскую продукцию по рыночной цене [ 9 ]. В то же время применение различных технологий и подходов, изучение разных вариантов взаимоотношений между ЛПУ, производителями медицинской продукции, предприятиями-недоимщиками позволяют добиваться существенной экономии денежных средств, то есть приобретать изделия медицинского назначения (ИМН) по ценам ниже рыночных.

Принципиальный алгоритм, дающий возможность сэкономить деньги даже при невозможности напрямую получить заводскую скидку, может быть основан на приобретении производимого на территории РТ стратегического сырья (по рыночной цене или даже дешевле), которое впоследствии обменивается бартером на медицинскую продукцию. Например, для производства некоторой медицинской продукции А используется сырье В, которое является весьма ценным и высоколиквидным товаром. Даже при 100%-й предоплате с получением данного сырья могут возникнуть трудности. В данной ситуации оптимально приобретение сырья В за долги завода-производителя перед третьими лицами со скидкой в 10—20% от рыночной цены. Наш опыт работы на рынке свидетельствует, что заводы-производители медицинской продукции А, не всегда имеющие такую возможность, готовы приобрести сырье В у посредников по от-

пусным ценам завода, но без каких-либо затруднений.

Схема такой финансово-хозяйственной операции приведена на рис. 1. Потребитель медицинской продукции А приобретает сырье В со скидкой в 10% от отпускных цен завода, а продает по отпускной цене, то есть с торговой наценкой в 20%. Более того, по требованию потребителя производитель через своих партнеров (фирму У) отпускает товар на 10—12% дешевле отпускной цены. Таким образом возможно снижение цены на ликвидную продукцию медицинского назначения до 30%. С учетом 25%-й торговой наценки потребителя медицинской продукции А ЛПУ получает товар, прибыль от которой (убыток ЛПУ) составляет не менее 55% от стоимости продукции. По нашим данным, в РТ производится 36 видов сырья, с которыми могут быть проведены аналогичные операции, из которых 17 видов уже были нами использованы для расчетов с различными заводами-изготовителями ИМН.



Рис. 1. Схема поставок медицинской продукции с экономией денежных средств. Сплошная линия — движение товарных потоков, прерывистая — документооборот. То же на рис. 2, 3, 4.

Таким образом, даже при наличии денежных средств целесообразно проводить специальный анализ рынка для получения медицинской продукции по ценам ниже рыночных на 20% и более.

### 2. Взаимозачет — медицинская продукция.

Согласно положениям действующего российского законодательства и хозяйственной практике, под взаимозачетом понимается погашение встречных однородных (как правило, денежных) требований, возникших по различным основаниям, с участием двух или более сторон. Законодательство не содержит каких-либо ограничений или запретов на проведение взаимозачетных операций в любых сферах хозяйственной деятельности [ 1 ].

На практике могут применяться следующие виды взаимозачетов: двусторонний (погашается встречная задолженность двух организаций) и многосторонний (погашается круговая задолженность между несколькими организациями), простой (зачету подлежит ранее сформированная задолженность) и сложный (встречная или круговая задолженность должна быть предварительно создана искусственным путем). В системе бюджетного финансирования здравоохранения наиболее типична ситуация проведения многостороннего зачета взаимной задолженности с участием трех и более сторон, в том числе должника бюджета, ЛПУ и фирмы-посредника.

Наличие и практически постоянный рост объемов взаимной задолженности между предприятиями-налогоплательщиками, бюджетами всех уровней, фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) и медицинскими учреждениями создает объективные предпосылки для осуществления взаимозачетов между ними. Например, общее количество предприятий-должников территориальной областной кассы (ТБК) г. Набережные Челны составило в течение 1995—1999 гг. более пяти-сот ежеквартально.

В течение 1997—1999 гг. нами были организованы более 80 финансово-хозяйственных операций по зачету задолженности различных предприятий Казани, Набережных Челнов, Йошкар-Олы перед территориальными больничными кассами. Наиболее распространенная схема организации подобных взаимозачетов (88% случаев) представлена на рис. 2.

При проведении данной операции искусственно создается трехсторонняя задолженность путем поставки предприятием-недоимщиком какой-либо продукции фирме-посреднику и поставки фирмой-посредником медицинской продукции ЛПУ. Данная схема весьма примитивна и широко применяется как в РТ, так и в других регионах, в частности в Марий Эл.

В то же время существуют две серьезные проблемы, связанные с установлением цен на продукцию при взаимозачетных операциях:

1. Стоимость отпускаемой должником продукции определяется им самостоятельно (лишь в 17% случаев во взаимодействии с ТБК удалось снизить пред-



Рис. 2. Схема взаимозачета по долгам предприятий в ФОМС.

лагаемые цены на 15—20%). Соответственно в 83% случаев должник сам диктует и цену, и перечень отгружаемой продукции, что негативно отражается на стоимости взаимозачетной медицинской продукции.

2. Стоимость отпускаемой в ЛПУ взаимозачетной медицинской продукции обсуждалась и контролировалась руководителями практического здравоохранения в течение 1996—1998 гг. лишь 5 раз.

Начиная со II квартала 1999 гг. в одном из городов РТ согласование цен при взаимозачетах по ТБК проходит только по определенной форме, которая предусматривает принятие комиссией в составе четырех человек решения о целесообразности использования того или иного коэффициента удорожания. Однако наш опыт практической работы подтверждает возможность использования данной процедуры в целях завышения взаимозачетных цен на медицинскую продукцию примерно на 10—15%.

Таким образом, взаимозачетные операции в наибольшей степени позволяют поставщикам и посредникам манипулировать ценами на ИМН. Следовательно, возможные сокращения затрат учреждений здравоохранения будут зависеть только от способности их руководителей, а также уполномоченных государственных органов эффективно контролировать весь процесс ценообразования с целью защиты своих экономических интересов.

**3. Бартер — медицинская продукция.** Бартерные сделки — это операции по купле-продаже товаров и услуг, при которых поставщик (продавец) получает платеж в виде других товаров или услуг. В настоящее время подобные операции носят не разовый или случайный характер, как это характерно для стран с развитой экономикой, а массовый и всеобъемлющий. В бартерные отношения

вовлечены не только торгово-промышленные компании, но и бюджеты всех уровней, внебюджетные фонды, бюджетные учреждения, в частности учреждения здравоохранения [6].

Участие здравоохранения в бартерных расчетах является крайне нежелательным, поскольку здесь возникают организационно-технические проблемы, связанные с превращением полученной товарной продукции в необходимые ИМН. Однако в сегодняшней ситуации, когда на продукцию многих крупных промышленных предприятий, от платежей которых зависит финансирование практического здравоохранения, отсутствует полноценная платежеспособность, использование их продукции в качестве средства расчетов за поставки ИМН является единственным способом поддержания функционирования ЛПУ.

Анализ платежей предприятий-должников в бюджет РТ позволил выявить те предприятия, продукция которых вызывает наибольший интерес заводо-производителей медицинской продукции, использующих ее в качестве сырья и материалов для производственных целей, материально-технического обеспечения, а также для дальнейших бартерных расчетов со смежниками.

Особое внимание при определении возможностей для организации бартерных расчетов нами уделялось маркетинговым исследованиям, изучению рынков сырьевых ресурсов, медицинской продукции, потребительских товаров, без которых невозможно эффективное встречное перераспределение товарных потоков. Наш опыт работы в этой области выявил различные схемы бартерных расчетов. Наиболее интересной и сложной является схема бартерных расчетов с заводом-изготовителем, предполагающая участие нескольких промежуточных предприятий РТ и РФ, заинтересованных в погашении взаимной задолженности, получении стратегического сырья для производства и сбыта своей продукции. Сложность организации подобных схем заключается в том, что участие каждого звена является обязательным для осуществления всей операции в целом.

Пример такого рода многосторонних бартерных операций на десятки миллионов рублей приведен на рис. 3. Данные операции осуществлялись в несколько этапов:



Рис. 3. Схема бартерных поставок через промежуточные предприятия.

1. Первичная продукция (сырье В) была отгружена заводом-должником в счет погашения его задолженности перед потребителем медицинской продукции А. Сырье В отгружалось по взаимозачетной цене (дисконт по взаимозачетам в 1995—1998 гг. составлял 40—45%).

2. Завод-посредник 1 получал сырье В по взаимозачетной цене с торговой наценкой 0,01% (без учета дисконта).

3. Завод-посредник 1 отгружал сырье С заводу-посреднику 2 по рублевым отпускным ценам.

4. Завод-посредник 2 по рублевым отпускным ценам отгружал заводу-изготовителю сырье D.

5. Завод-изготовитель отгружал медицинскую продукцию А по ценам предоплаты, а в 40% случаев предоставлял на них 10% скидку.

Таким образом, за счет использования аналитических и организаторских подходов появляется возможность получения необходимой медицинской продукции за неликвидную взаимозачетную продукцию, но по рыночным рублевым ценам или даже дешевле.

Особенностью описанной схемы является то, что товарно-сырьевые потоки движутся напрямую — от завода к заводу, тогда как финансовые и товарораспорядительные документы оформляются таким образом, что контрагентом каждого завода по бартерным поставкам является потребитель медицинской продукции А. Формально осуществлялся ряд бартерных сделок, не связанных друг с другом. Фактически же потребитель выполнял роль координирующего и организующего центра.

**4. Давальческое сырье — медицинская продукция.** Еще одним способом

организации неденежных расчетов за ИМН, позволяющим получить их по минимальным ценам, является на сегодняшний день толлинг. Под операциями с давальческим сырьем (толлингом) понимается, как правило, передача сырья, материалов, продукции их собственником без оплаты другому лицу для переработки (доработки) с условием возврата оговоренных взаимным соглашением готовых изделий. Оплата услуг по переработке осуществляется обычно поступающим в переработку сырьем либо готовой продукцией, то есть без использования денежных средств. Гражданское законодательство РФ не содержит прямого определения толлинга, или операций с давальческим сырьем, но и не запрещает их [ 8 ].

Популярность операций с давальческим сырьем в современной России определяется тем, что они позволяют переработчикам значительно сокращать объем ресурсов, отвлекаемых на закупку сырья для производства, а также избегать необходимости самостоятельно организовывать снабжение основными материалами и реализацию готовой продукции [ 8 ].

Для заказчика толлинг является выгодным, поскольку позволяет упростить управление товарными и финансовыми потоками, исключив этапы продажи сырья и приобретения готовой продукции на рынке, а также получить продукцию по минимальным ценам (особенно если речь идет о переработке дефицитного сырья, то есть переработчик зависим от заказчика).

Таким образом, с учетом мощного сырьевого и химического потенциала РТ использование схем с давальческим сырьем предоставляет широкие возможности по оптимизации издержек на приобретение различного рода медицинской продукции для нужд здравоохранения.

В процессе практической работы на рынке медицинской продукции нами на основе запросов была выявлена потребность заводов-изготовителей такой продукции в стратегических видах сырья для ее производства. В условиях экономического кризиса заводы испытывают острую нехватку денежных средств и не имеют возможности беспрепятственно закупать сырье. Мы же, зная их потребности, поставляем им сырье по давальческим договорам, получая при

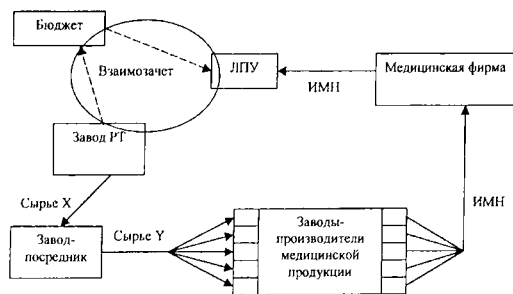


Рис. 4. Схема приобретения медицинской продукции через операции с давальческим сырьем.

этом от них медицинскую продукцию фактически по демпинговым ценам.

Ниже представлена одна из апробированных нами схем работы с давальческим сырьем (рис. 4). Данная сделка осуществляется в несколько этапов:

- медицинская фирма отгружает заводу-посреднику химическое сырье X с завода, находящегося на территории РТ;
- завод-посредник перерабатывает сырье X в сырье Y, которое является компонентом для производства одного из видов медицинской продукции;
- собственником сырья Y на заводе-посреднике является медицинская фирма;
- медицинская фирма рассчитывается с заводом-посредником за переработку этим же сырьем X;
- медицинская фирма заключает договоры с производителями медицинской продукции об отгрузке им сырья Y из завода-посредника;
- заводы-изготовители рассчитываются с медицинской фирмой своей продукцией по демпинговым ценам (на 20% ниже отпускных рублевых цен) — ЛПУ получают медицинскую продукцию еще с дополнительной наценкой не менее 25%.

Таким образом, использование толлинговых схем реально позволяет получать медицинскую продукцию со значительной экономией, что обусловлено наличием реальной выгоды от участия в толлинговых операциях для самих производителей ИМН. Отсюда правомочен вывод о целесообразности широкого внедрения практики использования различных форм неденежных расчетов для повышения эффективности расходования бюджетных средств, выделяемых на материально-техническое обеспечение здравоохранения, то есть для осуществления закупок медицинской продукции по минимальным ценам [ 7 ].

Вместе с тем достижение положительного (с точки зрения здравоохранения) воздействия на цены медицинской продукции за счет использования преимуществ неденежных форм оплаты требует проведения широкомасштабных исследований рынка ИМН и сырья для его производства, а также изучения потенциала предприятий региона, что невозможно осуществить в рамках учреждений практического здравоохранения. Данная работа может и должна быть организована централизованно, на уровне соответствующих государственных органов, отвечающих за материально-техническое и финансовое обеспечение медицинских учреждений [ 2 ].

Большинство руководителей практического здравоохранения и руководителей соответствующих государственных служб в разных регионах России ("Фармацевтический вестник" — 1999. — № 34. — С. 1, 3—5) приходят к выводу о том, что в целом практика осуществления взаимозачетов, бартерных поставок и других операций с неденежными средствами в сфере бюджетного финансирования медицинских учреждений является порочной и крайне невыгодной для ЛПУ. В первую очередь это связано с возрастанием цены на приобретаемую медицинскую продукцию (от 20 до 200% по сравнению с рыночными ценами). Во то же время высказывается мнение о целесообразности и необходимости таких расчетов, поскольку в настоящее время у предприятий нет других возможностей выплачивать платежи в бюджетную систему, а у последней соответственно нет возможности финансировать здравоохранение только деньгами. Существование неденежных расчетов позволяет хотя бы на минимальном уровне поддерживать функционирование лечебных учреждений [ 10 ].

Некоторые специалисты отмечают, что для руководителей учреждений здравоохранения, с одной стороны, сложно управлять неденежными потоками, а с другой — это является для них потенциальной возможностью получить дополнительный финансовый эффект при оптимальном распоряжении ими.

Наилучшие результаты, как показывает наш опыт и, например, опыт Самарской области [ 5 ], могут быть дос-

тигнуты при разумном сочетании бюджетного финансирования в денежной и неденежной формах и при условии активного участия государства в контроле за ценообразованием на медицинскую продукцию, особенно поставляемую за неденежные средства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгалин А.В., Берник В.Р., Демешева Е.В. и др. // Векселя и взаимозачеты. Книга 2: Взаимозачеты. Налогообложение и бухгалтерский учет. — М. — 1988.
2. Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И. и др. // Здоровье населения Республики Татарстан на пороге третьего тысячелетия / Под ред. Низамова И.Г., Зыятдинова К.Ш. — Казань, 1998.
3. Ишмухаметов А., Бошнакова С., Финагина Е. // Метриум — 1999. — № 5. — С. 6 — 8.
4. Корчагин В.Л. Финансовое обеспечение здравоохранения. — М., 1977.
5. Лебедев А.А. Рыночная-экономика: маркетинговые основы управления, организации и финансирования национальной системы охраны здоровья. — Самара, 1996.
6. Макаров В.Л., Клейнер Г.Г. // Экономика. Математические методы. — 1997. — Вып. 2. — С. 25 — 40.
7. О мерах государственного контроля за ценами на лекарственные средства. — Постановление правительства Российской Федерации № 347 от 29 марта 1999 г.
8. Хорин М. // Бухг. приложение. — 1998. — № 3. — С. 25 — 28.
9. Цены и ценообразование. / Под ред. В.Е. Есинова: Учебник для вузов. — 3-е изд. — СПб., 1999.
10. Юдинов А.Ю., Вольский Е.А., Лазунов С.А. // Новая аптека. — 1998. — № 10. — С. 5 — 7.

Поступила 31.01.2000.

#### PRICE FORMATION ON MEDICAL PRODUCTS IN CONDITIONS OF NONMONETARY FORMS OF ACCOUNTS

*I.M. Akhmetzyanov*

The various forms of accounts used in financing practical health system as a factor determining the formation of prices on medical products are studied. The practical experience of organizing purchases of medical products using various forms of accounts is analyzed. The possibility of the effect on the reduction of prices of medical products in nonmonetary payments including interpayments, barter is shown on the concrete examples. The necessity to study raw material market for using the industrial potential of the region providing delivery of medical products at prices lower than market ones is shown. The recommendations on optimizing the schemes of delivery of medical products into medical prophylactic institutions with maximum economy of budget means are suggested.