

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

---

**Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой**

**И.Б. Туаева, Л.Н. Габараева, К.А. Магаев**

# **ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие для обучающихся  
на факультете подготовки кадров высшей квалификации  
и дополнительного профессионального образования

**Владикавказ, 2020**

## **СОСТАВИТЕЛИ:**

**Туаева И.Б.** – зав. кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Габараева Л.Н.** – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Магаев К.А.** – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

## **РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

**Тотров И.Н.** – д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Касохов Т.Б.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России  
Протокол № 2 от 04.12.2020 г.

В связи с внедрением медицинского страхования в стране была практически пересмотрена система финансирования как отрасли в целом, так и отдельных медицинских организаций. Термин *финансирование* означает обеспечение денежными средствами потребностей расширенного воспроизводства медицинской помощи гражданам страны.

#### Типы систем финансирования здравоохранения

<b>Модель здравоохранения</b>	<b>Основные черты</b>
Бюджетная	Основывается на сборе налогов, из которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется расход на здравоохранение
Страховая	Основывается преимущественно на целевом взносе на медицинское страхование. Часто выступает в форме сочетания страхового и бюджетного финансирования
Частная	Основывается преимущественно на взносах из личных средств граждан, благотворительных фондов и т. п.

Финансирование здравоохранения в настоящее время осуществляется из нескольких источников, включающих:

- средства, поступающие из государственного бюджета (в учете государственной системы здравоохранения) и местных бюджетов, т. е. бюджетов всех уровней;
- средства системы обязательного медицинского страхования (ОМС), поступающие из всех предприятий, учреждений и организаций в виде страховых взносов;
- внебюджетные средства, в том числе: средства от добровольного медицинского страхования – ДМС (индивидуального и группового); средства федерального фонда социального страхования (родовые сертификаты, санаторно-курортная реабилитация, реабилитация инвалидов и т.д.); средства благотворительных фондов, личные средства граждан; кредиты банков; прибыль от ценных бумаг; средства спонсоров и другие источники, не запрещенные законом.

Государство с помощью законов определяет источники финансирования здравоохранения в зависимости от потребностей общества, типа и реальных возможностей экономики страны. Обычно на здравоохранение (как и на другие отрасли народного хозяйства) идет определенная часть от валового национального продукта (ВНП), выраженного в процентах от расходной части бюджета. В 90-е годы XX века этот показатель в РФ составлял в пределах 3-4 %, что крайне недостаточно. По опыту ряда экономически развитых стран удельный вес ВНП, идущего на оказание медицинской помощи населению, должен быть не менее 10-12 %.

По расчетам специалистов, расходы на здравоохранение в процентах от ВНП (валового национального продукта) или, как чаще говорят в нашей стране, ВВП (валового внутреннего продукта), составляют от 3 до 14 %. Специалисты ВОЗ

считают, что для решения основных проблем здравоохранения затраты общества должны быть не менее 6 % ВВП, а для удовлетворения потребностей населения в современном медицинском обслуживании с высоким уровнем качества – не менее 12 % ВВП, однако уровень затрат общества на охрану здоровья не решает автоматически всех проблем. Для их решения необходимо тратить средства с максимальной эффективностью. Соединенные Штаты Америки, которые относятся к странам с либеральной рыночной экономикой, расходуют на здравоохранение (с учетом всех источников средств) более 14 % ВВП, не обеспечивая при этом доступности современной, качественной медицинской помощи всему населению, хотя и имея при этом высокосервисную медицинскую помощь, для достаточно богатых слоев населения.

Высокоразвитые страны с рыночной экономикой развития, имеющие государственную и страховую систему здравоохранения, добились больших успехов в обеспечении доступности медицинского обслуживания для населения, тратя при этом на нужды здравоохранения в среднем 6-8 % ВВП.

По данным Всемирного банка, в мире на нужды здравоохранения тратится в среднем 8 % ВВП, причем в странах с развитой рыночной экономикой – 9,3 % ВВП, в развивающихся странах – 2,5 % ВВП.

По общей рекомендации ВОЗ, на здравоохранение как отрасль, обеспечивающая национальную безопасность страны, государство должно выделять не менее 6-7 % валового внутреннего продукта (ВВП). К сожалению Россия отстает от этого показателя, при этом размер расходов населения на лекарственное обеспечение и медицинскую помощь (4,5 % ВВП в 1998 г.) превышает объем государственного финансирования здравоохранения (3,1 %). Совокупный объем расходов государства и населения на здравоохранение в нашей стране составляет 7,6 % ВВП.

В Российской Федерации правовые основы финансирования здравоохранения определены Конституцией Российской Федерации (1993 г.), Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ от 21.11.2011 г.), Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (№326-ФЗ от 29.11.2010 г.)

В соответствии с Конституцией (статья 41) в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна оказываться гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья указаны в главе 11, статье 82 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, ими являются:

- средства федерального бюджета;
- средства бюджетов субъектов Российской Федерации;
- средства местных бюджетов;
- средства обязательного медицинского страхования;

- средства организаций;
- средства граждан;
- средства поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования;
- и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации.

В этой же статье указаны источники средств, идущих непосредственно на финансирование органов и учреждений системы здравоохранения:

- средства республиканского (Российской Федерации) бюджета, бюджетов республик в составе Российской Федерации и местных бюджетов;
- средства государственных и общественных организаций, объединений, предприятий и других хозяйствующих субъектов;
- личные средства граждан;
  - безвозмездные и/или благотворительные взносы и пожертвования;
- доходы от ценных бумаг;
- кредиты банков и других кредиторов;
- иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Приведенные источники свидетельствуют, что финансовые потоки на деятельность органов и учреждений здравоохранения составляют значительную часть средств, идущих на охрану и улучшение здоровья населения. Наиболее значительная часть в финансировании здравоохранения приходится на бюджетные средства и средства обязательного медицинского страхования.

Расходы на здравоохранение в нашей стране до начала реформ (до 1991 г.) составляли 3-4,5 % ВВП, затем их доля сократилась до 2,6 % ВВП в 1992 г., однако и в последующем (до 1999 г.) реальное положение с финансированием здравоохранения не улучшилось, так как произошло резкое уменьшение самого ВВП, снизилась цена процента от него, и на здравоохранение использовано менее 3 % от ВВП.

За последние годы финансирование из федерального бюджета возросло в 3,6 раза (с 5,5 млрд руб. в 1992 г. до 19,9 млрд руб. в 2001 г.).

В федеральном бюджете на 2017 год расходы на здравоохранение составляли 378,7 миллиарда рублей.

Расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение в 2018 году составят 438,3 миллиарда рублей с последующим снижением до 403,9 миллиарда рублей в 2019 году и ростом до 472,8 миллиарда рублей в 2020 году.

В частности, расходы на стационарную медицинскую помощь в 2018 году составят 133,8 миллиарда рублей, на амбулаторную — чуть более 99 миллиардов рублей, на скорую медпомощь — 4,2 миллиарда рублей, на лечение в санаториях будет выделено 33,7 миллиарда рублей.

На обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в проекте бюджета на 2018 год заложено 25,7 миллиарда рублей, на научные исследования в области здравоохранения — 20,8 миллиарда рублей.

Поскольку здравоохранение находится в сфере совместного ведения Российской Федерации и субъектов в ее составе, то последние несут основные расходы (более 2/3 всех расходов) на текущие нужды здравоохранения, могут в соответствии с

законами РФ и своими правовыми документами использовать различные, в том числе и местные источники финансирования для решения проблем здравоохранения, обеспечения доступности и качества медицинской помощи на своей территории.

Так как именно источники финансирования определяют систему здравоохранения страны, то здравоохранение Российской Федерации, законодательство которой позволяет использовать практически все имеющиеся в обществе источники финансирования, два из которых (государственный бюджет трех уровней, федеральный, территориальный и местный, а также средства обязательного медицинского страхования) гарантируются законом, - систему здравоохранения современной России называют общественной или бюджетно-страховой. Поскольку средства здравоохранения формируются и используются в основном на уровне территории, на этом уровне принимаются многие управленческие решения – такую систему здравоохранения называют децентрализованной.

### **Финансирование из бюджетов всех уровней**

Учреждения здравоохранения в основном являются бюджетными, т. е. получают ассигнования из бюджета соответствующего уровня.

*Бюджет* – это выраженная в денежной форме сумма доходов и расходов на определенный период времени (год, квартал, месяц).

Бюджетным считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

В соответствии с бюджетным кодексом и бюджетной системой РФ существует три уровня бюджетов: федеральный, бюджет субъектов Российской Федерации (краев, областей, округов) и муниципальный органов местного самоуправления (городской, районный, поселковый). На каждом из уровней проводится регулирование бюджетов: составление бюджета (планирование), его утверждение и контроль за выполнением бюджета (доходов, расходов).

Как на федеральном, краевом, областном, так и на муниципальном уровне в расходной части бюджета выделяются ассигнования на здравоохранение.

Бюджетная классификация – это группировка доходов и расходов всех уровней бюджетной системы РФ, а также источников финансирования.

В соответствии с бюджетным законом как в доходной, так и в расходной части бюджета выделяется несколько видов классификации.

Для бюджетного здравоохранения особое значение имеют функциональная и экономическая.

Функциональная классификация – это группировка расходов бюджетов всех уровней, она отражает направление бюджетных средств на выполнение основных функций государства (ст. 21 БК).

### **Последняя имеет несколько уровней.**

*Первым уровнем* является раздел – направление бюджетных средств на определенную отрасль хозяйства «Здравоохранение и физическая культура» - это 17-й раздел.

*Второй уровень* – подраздел. Характеризует конкретное направление бюджетных средств в пределах раздела. Например, это подразделы здравоохранение, санитарно-эпидемиологическая служба, физическая культура и спорт.

*Третий уровень* – это целевая статья. Она указывает на финансирование расходов в пределах подраздела (лечебно-профилактические учреждения, высшее медицинское образование, наука и др.).

*Четвертый уровень* функциональной классификации – это вид расходов. Он означает вид медицинского учреждения.

Приводим пример видов расходов:

- средние специальные учебные заведения;
- учебные заведения и курсы подготовки кадров;
- больницы, родильные дома, госпитали;
- поликлиники, амбулатории, диагностические центры;
- фельдшерско-акушерские пункты;
- станции переливания крови;
- дома ребенка;
- станции скорой и неотложной помощи;
- санатории для больных туберкулезом;
- детские санатории;
- прочие учреждения и мероприятия в области здравоохранения;
- центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- мероприятия по борьбе с эпидемиями;
- целевые расходы на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи.

Вся вышеуказанная функциональная классификация в цифровых знаках указывается в лицевой части сметы медицинского учреждения.

Экономическая классификация группирует расходы бюджета всех уровней по их экономическому содержанию (ст. 22 БК), или иначе по статьям сметы расходов.

Если раньше, до 1998 г. в смете учреждения здравоохранения числилось всего 18 статей (затем отдельные статьи были исключены), то, начиная с 1998 г. число статей (кодов) значительно увеличилось.

Статья 1. Заработная плата.

Статья 2. Начисления на заработную плату (на социальное страхование работающих).

Статья 3. Канцелярские и хозяйственные расходы.

Статья 4. Командировки и служебные разъезды.

Статья 8. Стипендии.

Статья 9. Расходы на питание.

Статья 10. Приобретение медикаментов и перевязочных средств.

Статья 12. Приобретение оборудования и инвентаря.

Статья 14. Приобретение мягкого инвентаря и оборудования.

Статья 15. Капитальные вложения, капитальное строительство.

Статья 16. Капитальный ремонт зданий и сооружений.

Статья 18. Прочие расходы.

Приводим пример экономической классификации (статей сметы), которая применяется в учреждениях здравоохранения.

Код статьи	
------------	--

	<b>Наименование статьи, подстатьи</b>
110100	Оплата труда государственных служащих
110110	Оплата труда гражданских служащих
110112	Надбавка к заработной плате гражданских служащих
110115	Оплата ежегодных отпусков гражданских служащих
110200	Начисления на оплату труда
110210	Страховые взносы в фонд социального страхования
110220	Страховые взносы в пенсионный фонд
110240	Страховые взносы в фонд ОМС
110300	Приобретение предм. снабж. и расх. матер., в том числе:
110320	Медицинские расходы (110321-110322)
110321	Медикаменты и перевязочные средства
110322	Прочие лечебные расходы
110330	Мягкий инвентарь и обмундирование
110331	Мягкий инвентарь
110332	Обмундирование
110340	Продукты питания (110341-110344)
110400	Командировки и служебные разъезды
110700	Оплата коммунальных услуг
110720	Оплата отопления
130320	Стипендии
240100	Приобретение оборудования и предметов длительного пользования
240200	Капитальное строительство
240300	Капитальный ремонт

*Смета расходов* – основной плановый и финансовый документ, определяющий объем, целевое направление и поквартальное распределение средств, выделяемых на содержание медицинских организаций. Предусмотренные в сметах ассигнования являются предельными, и расходование сверх этих сумм не разрешается. Нельзя производить расходы, не предусмотренные сметой, если нет экономии средств. Форма сметы, основные показатели, по которым она составляется, нормы и расценки для определения размера расходов сообщаются медицинским организациям вышестоящими органами здравоохранения. Типовая смета, содержащая общие данные для всех бюджетных учреждений здравоохранения, состоит из трех частей:

- 1) наименования и адреса учреждений, из бюджетов которых финансируются организация (раздел, параграф бюджетной классификации), и свод расходов по статьям с распределением по кварталам;
  - 2) показатели оперативного плана работы организации по состоянию на начало и конец года, а также среднегодовые;
  - 3) расчеты и обоснования по каждой статье расходов и отдельным ее элементам.
- Статьи сметы расходов строятся с учетом специфики отрасли здравоохранения. Расходы организаций здравоохранения подразделяются на капитальные вложения и

текущее содержание организации. Текущие расходы состоят из административно-хозяйственных и операционных расходов.

*Административно-хозяйственные расходы* включают затраты на содержание управленческого аппарата, хозяйственного и вспомогательного персонала, на командировки, приобретение инвентаря и т. д.

*Операционные расходы* – это затраты, связанные с осуществлением лечебно-диагностической деятельности учреждения (расходы на медицинские изделия, лекарственные средства, питание больных и пр.).

Расчет сумм расходов по смете на планируемый год производится исходя из объема деятельности медицинской организации, определенного планом ее развития, и фактического его исполнения за предшествующий период. Размеры операционных расходов определяются на основании норм расходов, т. е. затрат на расчетную единицу. Установлены материальные (в натуральном выражении) и денежные (стоимостное выражение материальных) нормы расходов.

При составлении проекта сметы бюджетные учреждения здравоохранения для обоснования требуемых сумм расходов разрабатывают подробную, детальную номенклатуру расходов, выделяя внутри статьи отдельные расходы. Например, по ст. 3 «Канцелярские и хозяйственные расходы» выделяют: канцелярские расходы, расходы на вневедомственную охрану, расходы на связь, на наем помещения, по содержанию и найму транспорта, затраты на оплату информационно-вычислительных услуг и пр.

Обоснование отдельных сумм расходов по смете приводится в приложении к смете.

Сметы расходов, составляемые медицинскими учреждениями по каждому параграфу классификации расходов, принято называть индивидуальными.

Сводная смета составляется путем суммирования всех расходов. Все расходы, включаемые в смету, должны группироваться по видам и целевому назначению.

При определении их суммы необходимо строго соблюдать режим экономии.

При утверждении смет проверяются необходимость и целесообразность предусматриваемых расходов, соответствие их объему работы медицинского учреждения, соблюдение норм расходов. Утверждение сметы расходов производится после утверждения соответствующего бюджета, из которого оно финансируется.

Утвержденная смета определяет сумму средств, которые должны быть выделены из бюджета на содержание медицинского учреждения. Утверждение оформляется подписью руководителя организации, утвердившей смету; указывается дата утверждения и ставится оттиск печати на всех экземплярах сметы с указанием в верхнем правом углу общей суммы расходов по смете, в том числе с выделением фонда заработной платы работников штатного и не штатного состава.

Грамотно составленные сметы доходов и расходов медицинской организации – одно из важнейших условий ее финансовой стабильности. При планировании расходов средств на очередной календарный год руководитель медицинской организации обязан соблюдать этапы процедуры – составление, рассмотрение, утверждение и исполнение сметы расходов.

Составление сметы доходов и расходов, получаемых от предпринимательской медицинской деятельности, целевых средств и безвозмездных поступлений

осуществляется таким же образом, как это предусмотрено для составления сметы по бюджетным средствам.

Основные правила, которые необходимо строго исполнять при составлении сметы расходов по бюджетным средствам, сводятся к следующему. Прежде всего, создается рабочая группа по составлению и рассмотрению сметы. В эту группу в обязательном порядке входят: руководитель учреждения, представители плановой и финансовой службы, профессиональной общественности. К этой работе привлекаются практически все хозяйственные службы медицинской организации, с тем чтобы максимально учесть все мероприятия финансово-хозяйственной деятельности в планируемом году.

Предварительно оцениваются:

- текущее состояние местного бюджета территории, за счет которого функционирует данное учреждение;
- финансовое состояние медицинской организации (учреждения) на момент составления сметы;
- планируемые изменения в той или иной сфере деятельности организации на предстоящий год.

Анализируется и оценивается работа как структурных подразделений, так и лечебно-профилактической организации в целом по таким показателям: объем оказанных услуг; количество врачебных посещений; количество койко-дней, проведенных больными в стационаре; структура оказанной медицинской помощи; количество пролеченных пациентов; стоимость койко-дня; действующие в системе ОМС и ДМС тарифы; объем понесенных материальных затрат.

На основе проведенного анализа:

- определяются внутренние резервы, изучаются причины их образования и намечаются пути их эффективного использования;
- уточняются: действующая в стране экономическая классификация расходов, наличие всех нормативных актов для расчетов по каждому виду расходов, наличие запасов по тем или иным видам основных и материально-технических средств по результатам последней инвентаризации.

Смета составляется в строгом соответствии со статьями экономической классификации расходов.

### **Финансирование здравоохранения на федеральном (государственном) уровне**

Из федерального бюджета финансируются все Федеральные центры и научно-исследовательские институты. Федеральные целевые программы и Федеральные реабилитационные центры. Напомним, что к числу федеральных целевых программ относятся такие, как «Вакцино-профилактика», «Сахарный диабет», «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России», «АнтиВИЧ/СПИД», «Дети России», «Здоровье» и многие другие.

В Федеральных НИИ и центрах оказывается высококвалифицированная специализированная и дорогостоящая медицинская помощь. Чтобы этой помощью могли воспользоваться жители всех субъектов Российской Федерации, с 2000 г. введен принцип квотирования (каждому субъекту РФ определяется в год число лиц,

направленных на операции, на лечение, на консультации), что представляется социально справедливым.

За счет средств федерального бюджета предоставляется:

- специализированная, в т. ч. высокотехнологичная, медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских организациях;
- дополнительная медицинская помощь, в т. ч. предусматривающая обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, предоставляемая в соответствии с главой 2 Федерального закона «О государственной социальной помощи».

Финансирование из бюджетов субъектов Федерации и муниципальных бюджетов. Из этих источников финансируются учреждения, оказывающие медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях и некоторых службах.

К ним относятся:

- а) специализированные диспансеры: противотуберкулезные, психоневрологические, кожно-венерологические, наркологические, трахоматозные и специализированные психиатрические больницы;
- б) дома ребенка, детские санатории системы здравоохранения;
- в) центры по профилактике и лечению СПИДа, ВИЧ-инфицированных;
- г) станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови;
- д) бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомическое бюро;
- е) центры медицинской профилактики, бюро медицинской статистики, врачебно-физкультурные диспансеры;
- ж) участковые больницы, фельдшерско-акушерские пункты, хосписы, больницы сестринского ухода;
- з) отделения экстренной медицинской помощи областных больниц (санитарная авиация);
- и) помощь при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий и катастроф;
- к) медицинская помощь при врожденных пороках развития, хромосомных нарушениях у детей, нарушениях, возникших в перинатальном периоде.

Из бюджетов субъектов Федерации и муниципальных бюджетов финансируются и следующие расходы

- а) профессиональная подготовка и переподготовка кадров;
- б) приобретение дорогостоящего медицинского оборудования;
- в) финансирование дорогостоящих видов диагностики и лечение по утвержденному департаментом здравоохранения администрации области перечню;
- г) научные исследования;
- д) капитальные ремонты и государственные капитальные вложения (развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения);
- е) бесплатное льготное обеспечение лекарствами граждан по утвержденному перечню (перечень периодически пересматривается);
- ж) оплата проезда больных, направленных в установленном порядке в учреждения здравоохранения Федерального уровня и научно-исследовательские институты;
- з) зубное, ушное, глазное протезирование граждан, имеющих льготы в установленном порядке;
- и) дорогостоящие виды медицинской помощи, сверх квот.

Перечень всех учреждений и мероприятий, финансируемых из бюджета, указан в «Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2006 г.» (утверждена Постановлением Правительства РФ от 28.07.05 № 461) и в «Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

### **Финансирование государственной системы обязательного медицинского страхования**

Следует учитывать, что финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования (Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (2010)) формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование (глава 5 вышеназванного закона). Эти средства находятся в государственной собственности и используются для оплаты медицинских услуг в соответствии программами обязательного медицинского страхования. Кроме того, они используются для финансирования мероприятий по разработке и реализации целевых программ, утвержденных Правительством Российской Федерации и республик в составе РФ, органами государственного управления краев, областей, местной администрацией для обеспечения профессиональной подготовки кадров; финансирования научных исследований; развития материально-технической базы учреждений здравоохранения; субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию; оплаты особо дорогостоящих видов медицинской помощи; финансирования медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях; для оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях в зонах стихийных бедствий, катастроф других целей в области охраны здоровья населения.

С 1998 г. Постановлением Правительства ежегодно утверждается Программа Государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, в которую как ее часть входит базовая программа ОМС. Программа, кроме средств ОМС, определяет средства бюджета и других источников для обеспечения бесплатной помощью важнейших видов скорой, стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

### **Финансирование системы добровольного медицинского страхования (ДМС)**

Финансовые средства системы добровольного медицинского страхования формируются за счет платежей страхователей, которыми при коллективном страховании выступают предприятия, а при индивидуальном – граждане. Размеры взносов устанавливаются по согласованию сторон (страхователя и страховщика). Страховые медицинские компании по устанавливаемым тарифам оплачивают медицинские услуги, оказываемые медицинскими учреждениями в рамках программ добровольного медицинского страхования.

ДМС финансируется из собственных средств предприятий и относится на себестоимость производимых товаров (или услуг). Такое положение дел очень выгодно предприятиям и организациям, так как последние обеспечивают

предоставление медицинской помощи своим работникам сверх программы ОМС. Страховые суммы по договорам ДМС – самый реальный источник финансирования на сегодняшний день, поскольку объем этих средств ничем не ограничен и превышает объем средств, поступающих в медицинские учреждения от обязательного медицинского страхования.

## **Категории стоимости и ценообразования в здравоохранении**

**Стоимость определяется как количество общественно необходимого труда, затраченного на производство товара (услуги) и овеществленного в этом товаре.**

Денежное выражение стоимости товара – цена. Цены и ценообразование составляют ценовой механизм, который чрезвычайно важен для управления экономикой. *Цена является денежным выражением стоимости товара (услуги), определяется количеством общественно необходимого труда, затраченного на производство, и состоит из себестоимости и прибыли.* Для покупателя цена – это количество денег, которые приходится платить за товар (услугу).

В ценообразовании наиболее распространено определение цены по затратам производителя (издержкам). Эта модель ценообразования используется и в здравоохранении современной России.

Сформированная с учетом затрат ресурсов (рабочей силы, лекарств, материалов, оборудования и т. д.) цена, согласно финансовому законодательству, разбивается на две составляющие:

- себестоимость, которая не облагается налогом на прибыль;
- собственно прибыль, которая облагается налогом на прибыль.

Обе части цены являются для хозяйствующего субъекта (медицинского учреждения) источником финансирования разных мероприятий. При расчете себестоимости медицинских услуг используется структура затрат, входящих в смету медицинских учреждений. Смета не отменена и нашла свое применение в ценообразовании, так как отражает основные затраты на производство медицинских услуг.

В практике ценообразования наиболее распространено определение цены по затратам производителя (издержкам). Используется эта модель ценообразования и в здравоохранении современной России.

Формула расчета цен по этой модели имеет вид:

$$Ц = С + П \pm Н,$$

где Ц – цена единицы товара, единичной услуги;

С – издержки производства и обращения единицы товара, услуги (расходы на затрачиваемые факторы производства), себестоимость товара, услуги;

П – нормативная или расчетная прибыль, получаемая производителями (продавцами) в результате производства и продажи товара;

Н – надбавки к цене (со знаком плюс) или скидки с цены (со знаком минус).

В себестоимость обычно включают различные виды затрат. В сложившейся экономической практике принято сводить затраты к двум обобщающим позициям: материальные и приравненные к ним затраты, а также зарплата с начислениями на социальное страхование и накладные расходы (командировки, оплата труда вспомогательного персонала, расходы по содержанию и оснащению помещений и др.). Состав затрат, включаемых в себестоимость и относимых к прибыли, устанавливается правительством в нормативных документах. Это необходимо, в частности, для функционирования налоговой системы.

Когда цена прогнозируется (до акта продажи), прибыль еще неизвестна, так как товар не реализован. Поэтому для определения нормативно-расчетной прибыли используется такая категория, как *рентабельность*, или относительная прибыль. При расчете цен чаще пользуются величиной рентабельности в виде отношения прибыли к себестоимости:

$$P = \frac{\Pi}{C},$$

где P - рентабельность;

Π - прибыль;

C - себестоимость.

В отечественной экономике принято выражать рентабельность в процентах, поэтому формула имеет следующий вид:

$$P = \frac{P}{C} \times 100 \%.$$

Уровень рентабельности считается приемлемым, если его величина составляет 10 %; при 20 % уровень рентабельности оценивается как удовлетворительный, при 30 % - как высокий.

Принято считать, что показатель рентабельности предпринимательской, коммерческой деятельности, исчисленный одним из указанных способов, должен быть не ниже 0,2-04 (20-40 %).

При оплате медицинских услуг и для финансирования учреждений здравоохранения в современной России используют различные виды цен: бюджетные цены на медицинские услуги, преискуртантные (тарифные) цены на платные медицинские услуги, тарифы на медицинские услуги по программам обязательного медицинского страхования, договорные цены. Законом пока не предусмотрено использование свободных цен на легитимном рынке медицинских услуг. Наиболее близки к свободным, рыночным ценам договорные цены, которые используют в коммерческой медицине и в добровольном медицинском страховании.

Одними из часто встречающихся видов цен на медицинские услуги являются *бюджетные*. Они начали использоваться в здравоохранении в период внедрения в лечебно-профилактические учреждения нового хозяйственного механизма с целью:

- обоснования финансирования медицинских учреждений, работающих на принципах коллективного (бригадного) или арендного подряда;

- проведения взаиморасчетов между медицинскими учреждениями;
- проведения взаиморасчетов между подразделениями внутри одного медицинского учреждения.

Величина бюджетных расценок не зависела от реальных издержек медицинского учреждения. Они разрабатывались, исходя из расходов по смете, и определялись по формуле:

$$\text{Цена единицы продукции} = \frac{\text{Сумма расходов по смете}}{\text{Сумма единиц продукции}}$$

При этом за единицу продукции могли приниматься отдельные услуги, законченный случай лечения, проведенный в стационаре койко-день, пролеченный больной, прикрепленный к поликлинике пациент и т. д. Бюджетные оценки использовались не для истинных сделок купли продажи на рынке медицинских услуг, а для перераспределения ресурсов. В настоящее время в условиях бюджетно-страховой системы здравоохранения бюджетные расценки продолжают использоваться при прямом государственном, бюджетном финансировании работ, выполняемых медицинскими учреждениями.

В связи с тем что возможности бюджета по финансированию здравоохранения снижаются из-за экономических трудностей, переживаемых страной, то при расчете бюджетных расценок из сметы медицинских учреждений обязательно выключают первую и вторую статьи (заработная плата и начисления на заработную плату). Однако при наличии возможностей в бюджетные расценки, по которым оплачивается работа медицинских учреждений, включают девятую и десятую статьи (расходы на питание больных, приобретение медикаментов и перевязочных средств), а также частично третью статью (хозяйственные расходы). Критическая ситуация в экономике не позволяла регулярно финансировать оплату медицинских услуг по бюджетным оценкам, включавшим даже только две статьи сметы, непосредственно связанные с оплатой труда работников медицинских учреждений. Недостаточность бюджетного финансирования при отсутствии реального рынка медицинских услуг лишала некоторые медицинские учреждения не только возможности развития, но и выживания, а пациентов – необходимой доступной и квалифицированной медицинской помощи. Кроме того, данная ситуация привела к росту платных медицинских услуг в системе здравоохранения России при отсутствии доходов у населения, к социальной и экономической незащищенности пациентов, к снижению доступности и качества медицинской помощи и к ухудшению экономического положения учреждений здравоохранения.

Цены на *платные медицинские услуги* населению в нашей стране привлекли к себе внимание в середине 80-х годов в связи с введением нового хозяйственного механизма и ухудшением бюджетного финансирования здравоохранения из-за экономического спада в начале реформ. В этот период разрабатывались государственные цены на платные медицинские услуги. Они оформлялись территориальными прейскурантами, реже прейскурантами отдельных учреждений. Цены на платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения формируются аналогично. Следует учитывать, что

если при расчете бюджетных цен по затратной модели классическая формула ценообразования не использовалась, себестоимость и прибыль не выделялись, то при определении цен на платные медицинские услуги в основе лежала классическая формула:

$$Ц = С + П,$$

где С – себестоимость, включающая типичные фактические затраты на производство медицинских услуг, рассчитанные на основе утвержденных трудовых и материальных норм и нормативов;

П – прибыль в размере отраслевого или территориального коэффициента (процента от себестоимости услуги);

по разным территориям этот коэффициент колебался от 15 до 30 %.

Истинно рыночной является свободная цена, устанавливаемая и регулируемая спросом и предложением. При переходе к рыночной экономике подходы к ценообразованию меняются, при этом используются различные виды цен. В настоящее время в здравоохранении России используется затратная модель ценообразования. Зарубежный аналог этого метода носит название «издержки плюс прибыль».

*Рыночные цены* свободны от непосредственного ценового вмешательства государственных органов. Такие цены формируются под воздействием конъюнктуры, складывающихся на рынках спроса и предложения на товары. Теоретически в идеале рыночные цены должны устанавливаться в процессе свободного торга между покупателями и продавцами. Однако реально не удается избежать воздействия на рыночные цены ряда привходящих факторов не только экономической, но и психологической природы. Переход от фиксированных государственных к свободным рыночным ценам называют **либерализацией цен**.

*Прейскурантные цены* – это цена на медицинские услуги с указанием прейскуранта. Их использование не избавляет исполнителей медицинских услуг (медицинские учреждения) от необходимости проведения собственных расчетов. Проведенные расчеты сопоставляют с прейскурантными ценами, что необходимо для осуществления коррекции деятельности медицинских учреждений. При несоответствии цен учреждения, учитывающих реальные затраты, с прейскурантными государственными ценами необходимо вносить коррективы в действующие прейскуранты.

Для конкретного медицинского учреждения, как правило, выгоднее работать по *собственным ценам* на платные медицинские услуги, однако они должны быть обязательно утверждены территориальными органами управления. Для управления здравоохранением целесообразно использовать единую методику расчета цен, при этом цены отдельных учреждений могут отличаться друг от друга, как отличаются друг от друга сами учреждения, их ресурсы и используемые методы.

*Договорные цены* на медицинские услуги являются третьей группой цен, используемых в здравоохранении России. Эти цены утверждаются прямым договором исполнителя медицинских работ (медицинского учреждения) и юридического лица (предприятия, организации, фирмы и т. д.) – заказчика работ. Договорные цены наиболее близки к свободным, они учитывают спрос и

предложение, информацию о ценах конкурентов. Эти цены устанавливаются на дополнительные виды работ и стимулируют развитие новых видов обслуживания, создают новые экономические возможности для тех, кто хочет и умеет работать. Предоставляемая государственным и муниципальным учреждениям возможность оказывать дополнительные платные медицинские услуги по договорным ценам в ряде случаев позволяет поправить их экономическое положение и сохранить для населения возможность необходимого медицинского обслуживания.

Договорные цены включают полные затраты на медицинские услуги и сопутствующие работы, а также прибыль в размере, соответствующем интересам договаривающихся сторон. Договорные цены на медицинские услуги являются на рынке медицинских услуг прообразом равновесных цен, которые определяются соотношением спроса и предложения. В настоящее время договорные цены используются при добровольном медицинском страховании и коммерческой медициной.

*Оптовые цены* применяются при продаже товаров и услуг крупными партиями в торгово-сбыточных операциях между организациями, а также при реализации продукции через специализированные магазины и сбытовые конторы оптовой торговли, на товарных биржах и в любых других торговых организациях, продающих товары оптом, в значительном количестве. В здравоохранении оптовые цены используются при закупке товаров медицинскими организациями крупными партиями, а также при достаточно массовой реализации лечебными и фармацевтическими организациями лекарственных средств и платных услуг, предоставляемых крупным коллективам, группам клиентов.

*Розничные цены* используются при продаже товаров, работ, услуг в так называемой розничной торговой сети, т. е. в условиях продажи индивидуальным покупателям, при относительно небольшом объеме каждой продажи. По розничным ценам реализуют товары населению (конечному потребителю) и в меньшей мере – организациям, предпринимателям. Розничная цена обычно выше оптовой на величину торговой надбавки, за счет которой компенсируются дополнительные расходы, связанные с индивидуальной продажей и создается прибыль организаций и учреждений, осуществляющих розничную торговлю.

В здравоохранении продажа товаров по розничным ценам наиболее типична при реализации лекарственных препаратов и разнообразных средств лечения гражданам, населению. В розницу продаются платные стоматологические услуги. По мере распространения оказываемых населению платных медицинских услуг самого широкого профиля, сопровождаемого выделением отдельных видов процедур как объекта оплаты, все более входят в обиход розничные цены на медицинские услуги, именуемые тарифами.

*Жестко фиксированные, твердые цены* назначаются органами ценообразования или другими государственными органами. В централизованно управляемой экономике назначаемые цены имеют широкое распространение и называются *государственными*. В медицине государственные цены могут устанавливаться для отдельных видов наиболее значимых и необходимых для населения лекарственных средств и лечебно-профилактических услуг.

Разработка и утверждение государственных цен на платные услуги осуществляется по единым жестким правилам. Требования к методикам расчета цен на платные услуги сходны по всем территориям России. Эти методики предполагают формирование государственных цен на основе бюджетных норм и нормативов (отраслевых и учрежденческих) практически по всем статьям затрат и использование вышестоящим финансовым органом или органом управления здравоохранением процента к себестоимости в качестве прибыли (по разным территориям этот коэффициент колеблется от 15 до 30 %).

*Регулируемыми* называют цены, величина которых ограничивается государственными органами посредством установления верхнего предела величины на определенные группы товаров. Регулирование цен по величине может также проводиться путем установления государственными органами предельного уровня прибыльности (рентабельности). Это означает, что отношение прибыли к себестоимости (издержкам) или к цене не должно превосходить заданного уровня, скажем 50 %.

Регулирование государственными органами цен осуществляется не только в централизованно управляемой, но и в рыночной экономике и чаще всего распространяет сферу своего действия на товары и услуги, имеющие жизненное значение для государства и общества. Приходится наблюдать «регулирование» цен и со стороны монополистов и недобросовестных конкурентов.

В экономике российского здравоохранения в связи с переходом к системе оплаты услуг медицинских организаций из средств ОМС под тарифами стали *понимать тарифы на медицинские услуги*, предоставляемые в системе обязательного медицинского страхования. Согласно определению, приводимому Федеральным фондом ОМС, «тариф – это регулируемая цена, определяющая состав и уровень компенсации расходов на медицинские услуги для реализации федеральной и территориальных программ ОМС».

Требования к формированию тарифов изложены в методических документах Федерального фонда ОМС.

*Тарифы* на медицинские услуги условно можно считать четвертым видом цен в системе современного здравоохранения Российской Федерации, они широко применяются при обязательном медицинском страховании. В соответствии с законом в разработке тарифов на медицинские услуги принимают участие фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, органы государственного управления, профессиональные медицинские ассоциации, тарифы устанавливаются соглашением. Нормативно-методические документы по этому вопросу носят межведомственный характер.

Характер тарифа определяется выбранным способом оплаты страховой медицинской организацией (фондом) медицинской помощи, осуществляемой лечебно-профилактическим учреждением. Применяются следующие виды тарифов на услуги медицинской помощи:

- тариф на подушевой норматив;
- тариф на полную стоимость поликлинического посещения;
- тариф на медицинскую услугу;
- тариф на законченный случай поликлинического обслуживания;

- тариф на полную стоимость койко-дня;
- тариф на стоимость койко-дня в профильном отделении;
- тариф на локальную медицинскую услугу;
- тариф на законченный случай стационарного обслуживания;

Принято считать, что тарифы должны быть едиными для однотипных лечебно-профилактических учреждений, регулируемы и контролируемы заинтересованными инстанциями.

Тарифы устанавливаются на медицинскую помощь, включенную в Территориальную программу обязательного медицинского страхования и финансируемую из фонда обязательного медицинского страхования. Они разрабатываются, утверждаются и используются в соответствии с выбранным способом оплаты. Под *объектом установления тарифа* понимается медицинская услуга в широком значении слова, например пролеченный больной в стационаре, консультации и др.

Правила расчета тарифов предусматривают исключение из состава тарифа статей и групп расходов, финансируемых из других источников, например из бюджетов разных уровней, а также финансирование из фонда обязательного медицинского страхования по целевым программам и мероприятиям.

В состав тарифа включаются расходы медицинского учреждения на выполнение Территориальной программы обязательного медицинского страхования, обеспечивающие возмещение текущих затрат и финансирование деятельности лечебно-профилактического учреждения без выделения себестоимости и прибыли. Подготовка, рассмотрение, согласование и утверждение тарифов предусматривает участие сторон, представляющих интересы субъектов обязательного медицинского страхования. Тарифы являются контролируемыми ценами, подлежащими государственному регулированию через тарифное соглашение, заключенное членами комиссии по согласованию тарифов.

Тарифы на медицинские услуги и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, учреждением, организацией или лицом, предоставляющим медицинские услуги.

Таким образом, цены и ценообразование составляют в своем единстве ценовой механизм, который чрезвычайно важен для управления экономикой. Цена есть денежное выражение стоимости предмета, объекта, товара (услуги), т. е. количество денежных единиц, характеризующих стоимость. Для покупателя цена – это количество денег, которые получает продавец и которые приходится платить за вещь (услугу). В свою очередь стоимость определяется как количество общественно необходимого труда, затраченного на производство товара (услуги) и овеществленного в этом товаре, т. е. основой стоимости товара является труд, а величина стоимости определяется теми затратами труда, которые общество при данных условиях признает необходимыми.

В практической хозяйственной деятельности финансовые средства можно дифференцировать по источникам их формирования на внутренние и внешние (схема 4).

К внутренним источникам финансирования относятся, прежде всего, такие средства, как доход и нераспределенная прибыль, амортизационные отчисления. Эти ресурсы находятся в хозяйственном обороте медицинской организации. Они достаточно стабильны, но их величина ограничена сроком эксплуатации основных фондов (например, медицинского оборудования), скоростью оборота денежных средств, величиной текущих расходов и степенью интенсивности производственной деятельности.

# Источники финансирования лечебных учреждений







Из внешних источников финансирования формируются, прежде всего, денежные ресурсы, изначально не принадлежащие медицинской организации, но поступающие в ее распоряжение. К ним относятся целевые отчисления бюджета здравоохранения и системы медицинского страхования. Кроме того, нужды деятельности в сфере охраны здоровья могут обеспечиваться путем получения денежных сумм как от коммерческих, так и от некоммерческих организаций на благотворительной основе. К сожалению, правовой механизм подобного финансирования пока еще в нашей стране отработан недостаточно.

В практической деятельности ЛПУ необходимо различать два вида финансовых ресурсов: долгосрочные финансовые средства в виде основных фондов (капитала) и краткосрочные (текущие) финансовые средства для каждого профессионально-производственного цикла.

При определении потребности в денежных ресурсах всегда необходимо учитывать следующее: для какой цели требуются денежные средства и на какой период; можно ли изыскать необходимое в рамках ЛПУ или придется обращаться к другим источникам привлечения средств. Тщательно взвесив все варианты, нужно выбрать наиболее приемлемый для учреждения.

*Виды финансовых ресурсов:*

1. *Собственные средства* – это совокупные денежные средства, находящиеся в хозяйственном обороте и принадлежащие ЛПУ. Их движение обеспечивается за счет внутренних источников.
2. *Заемные средства* – это денежные средства, не принадлежащие ЛПУ, но временно находящиеся в его распоряжении наряду с собственными. К ним можно отнести кредиты, получаемые в банках, выпуск акций, собственных долговых обязательств и т.д.

Необходимо отметить, что соотношение собственных и привлеченных средств не является величиной постоянной. Оно зависит от различных факторов – таких, как стратегия ЛПУ, конкуренция между ними, рыночная конъюнктура в оказании медицинских услуг, а также от состояния экономики страны в целом.

В условиях рыночной экономики выигрывает то учреждение, которое сформирует оптимальный набор привлечения финансовых средств.

В условиях рыночной экономики существуют различные альтернативные источники внешнего финансирования. Прежде всего это кредит, лизинг и факторинг. Для понимания сущности этих категорий необходимо рассмотреть механизм их использования. В свою очередь, окончательное решение о необходимости применения медицинской организацией указанных альтернативных вариантов привлечения финансовых ресурсов должно приниматься с учетом конкретных условий осуществления его хозяйственной деятельности.

*Кредит* (ссуда) – это передача от одного лица другому лицу денежных средств на условиях срочности, возвратности и платности.

Принцип срочности кредитов предполагает установление в кредитных договорах срока погашения кредита, В банковской практике используются

различные способы погашения кредитов, например возврат всей суммы с процентами в четко определенный срок или выплата в рассрочку (частями). Принцип возвратности кредитов означает, что после истечения срока, на который выдан кредит, заем возвращается банку. В случае просрочки банк обычно начисляет пени, размер которых устанавливает самостоятельно. Однако иногда банки пролонгируют кредит, если клиент не в состоянии его вернуть по уважительным причинам.

Принцип платности кредитов подразумевает взимание банком платы в виде ссудного процента за пользование кредитом. В условиях стабильной экономической ситуации размер процентной ставки по кредитам формируется сразу на весь срок. При высоких темпах инфляции обычно применяются так называемые «плавающие» процентные ставки, которые могут уточняться и меняться в зависимости от конъюнктуры рынка.

В зависимости от срока принято различать следующие виды кредитов:

- краткосрочные (до 1 года);
- среднесрочные (от 1 года до 3 лет);
- долгосрочные (более 3 лет).

Организациями, которые специализируются на предоставлении кредитов, традиционно являются коммерческие банки. В процессе решения вопроса о возможности заключения кредитного договора банк, как правило, оценивает способность своего клиента возратить полученную ссуду в срок, с процентами. В настоящее время для определения кредитоспособности потенциальных заемщиков широко применяется методика расчета максимального размера риска по шкале баллов.

Определенное большинство баллов присваивается организации-заемщику по итогам анализа ее основных характеристик, к числу которых относятся:

- наличие расчетного счета заемщика в данном банке и определенной суммы остатков на нем;
- организационно-правовая форма заемщика;
- деловая репутация заемщика и кредитная информация о нем (взаимоотношения с другими банками по поводу кредитов);
- основные показатели финансового состояния заемщика (коэффициенты ликвидности, соотношения собственных и заемных средств, рентабельность и др.);
- форма обеспечения кредита (например, гарантии и поручительства платежеспособных организаций, залог недвижимости или ценных бумаг и т.д.).

Среди основных показателей финансового состояния заемщика особое значение имеет *ликвидность*, т.е. возможность превращения материальных ценностей хозяйствующего субъекта в наличные деньги. С помощью показателей ликвидности определяется степень обеспеченности заемщика оборотными средствами для самостоятельного ведения хозяйственной деятельности и своевременного погашения долговых обязательств.

Кроме оценки кредитоспособности заемщика банк, рассматривая вопрос о выдаче кредита, требует представить так называемую кредитную

документацию, которая обычно включает документы, необходимые для оформления и анализа кредита. Для оформления кредита требуются: заявление заемщика, копии его учредительных документов, свидетельство о государственной регистрации, лицензия, пояснительная записка о кредитуемом проекте с его технико-экономическим обоснованием, баланс, акт последующей аудиторской проверки и др. Для анализа кредита может потребоваться справка об оценке кредитоспособности заемщика, копии платежных документов, свидетельствующих о целевом использовании кредита, и др.

Следует учесть, что каждый коммерческий банк имеет право самостоятельно определять перечень документации, требуемой от получателя кредита при решении вопроса о его выдаче.

В целях обеспечения возврата кредита используются различные способы, например залог конкретного имущества или ценных бумаг, гарантии и поручительства достаточно платежеспособных третьих лиц, страхование ответственности заемщика за непогашение кредита.

Плата за кредит определяется в кредитном договоре между банком и заемщиком. Обычно проценты по выданным кредитам начисляются не реже одного раза в квартал и подлежат перечислению заемщиком в пользу банка частями в соответствии с согласованным графиком погашения кредитных обязательств.

Чтобы обеспечить контроль за исполнением заемщиком обязательств по погашению кредита и выплатой процентов, банк осуществляет кредитный мониторинг. Для этой цели могут проводиться документарные проверки использования кредитных средств.

При невыполнении заемщиком своих обязательств банк вправе предъявить штрафные санкции либо решить вопрос о пролонгации кредита. В последнем случае порядок получения разрешения на пролонгацию кредита, как правило, аналогичен порядку вопроса о его выдаче.

Важно учесть, что только взаимное соблюдение интересов может обеспечить банку и заемщику возможность выбора наиболее приемлемой в каждом конкретном случае формы обеспечения возврата кредита.

Организации здравоохранения располагают основными средствами, которые отражаются в балансовых отчетах; кроме того, они используют здания и оборудование, играющие важную роль и не являющиеся их собственностью. Существует два основных способа приобретения оборудования: покупка и лизинг.

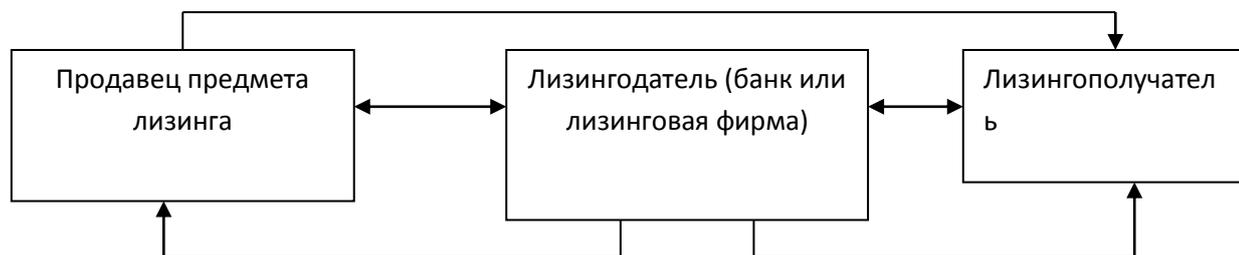
*Лизинг – вид инвестиционной деятельности по приобретению имущества и передаче его на основании договора физическим или юридическим лицам за определенную плату, на определенный срок и на определенных условиях по договору с правом выкупа имущества лизингополучателем.*

В широком смысле слова *лизинг* является своеобразной формой финансирования путем передачи во временное пользование машин, оборудования, транспортных средств и других дорогостоящих основных фондов.

Популярность лизинга связана с очевидными преимуществами перед другими методами финансирования. Хозяйствующий субъект, пользуясь лизинговыми услугами, фактически может получить необходимые средства производства и начать свою деятельность, имея иногда меньше половины тех средств, которые требуются для приобретения дорогостоящего оборудования и других основных фондов. Получив затем в аренду предмет лизинга, лизингополучатель будет освобожден от уплаты налога на это имущество, так как оно не будет числиться на его балансе. Вместе с тем, лизингополучатель может включать арендные платежи за пользование предметом лизинга в себестоимость своей продукции, соответственно снижая налогооблагаемую прибыль.

Под лизингом понимается целый комплекс экономических отношений, возникающих в связи с приобретением в собственность определенного имущества и последующей сдачей его в долгосрочную аренду за определенную плату.

#### Механизм лизинговой сделки



В операциях лизинга участвуют:

- *Лизингодатель*, который приобретает в собственность имущество и предоставляет его в качестве предмета лизинга лизингополучателю;
- *Лизингополучатель*, который принимает предмет (имущество) лизинга в соответствии с договором лизинга в аренду;
- *Продавец (поставщик)*, который в соответствии с договором купли-продажи с лизингодателем продает лизингодателю в обусловленный срок производимое (закупаемое) продавцом имущество, являющееся предметом лизинга.

К основным типам лизинга относятся: долгосрочный, осуществляемый в течение трех лет и более; среднесрочный – от полутора до трех лет; краткосрочный – менее полутора лет.

К основным видам лизинга относятся:

*Финансовый лизинг* – вид предпринимательской деятельности, при которой лизингодатель обязуется приобрести в собственность указанное лизингополучателем имущество у определенного продавца и передать его

лизингополучателю в качестве предмета лизинга за определенную плату, на определенный срок и определенных условиях во временное владение или пользование. При этом срок, на который передается предмет лизинга, равен (или выше) периоду полной его амортизации. Предмет лизинга переходит в собственность лизингополучателя по истечении срока действия договора (или до его истечения) при условии выплаты лизингополучателем полной суммы, предусмотренной договором. Другими словами, лизинг аналогичен кредиту или является разновидностью долга.

*Возвратный лизинг* характеризуется тем, что продавец (поставщик) предмета лизинга одновременно выступает и как лизингополучатель, т. е., продавая в собственность предмет лизинга некому финансовому учреждению, одновременно заключает соглашение об аренде этой собственности на определенных условиях и определенный период времени. Это необходимо для мобилизации денежных средств лизингополучателя.

При *оперативном лизинге* лизингодатель закупает на свой страх и риск имущество и передает его лизингополучателю за определенную плату, на определенный срок и на определенных условиях во временное владение и пользование.

По истечении срока действия договора лизинга и при условии выплаты лизингополучателем полной суммы, предусмотренной договором, предмет лизинга возвращается. При этой форме предмет может быть передан в лизинг неоднократно в течение полного срока его амортизации.

Наряду с лизингом существует *сублизинг* (преуступка прав пользования предметом лизинга третьему лицу), который оформляется договором сублизинга.

Основные элементы лизинговой сделки следующие:

- 1) заключение договора лизинга между лизингодателем и лизингополучателем;
- 2) заключение договора купли-продажи предмета лизинга;
- 3) поставка предмета лизинга лизингополучателю;
- 4) оплата продавцу стоимости приобретения предмета лизинга;
- 5) перечисление лизингополучателем арендных платежей лизингодателю.

Другим нетрадиционным видом кредитования является *факторинг*, суть которого заключается в приобретении у клиента неоплаченных платежных требований (т.е. есть его дебиторской задолженности) за товары, работы или услуги. При этом факторинговая организация осуществляет финансирование оборотного капитала клиента и одновременно приобретает право получения платежа по его долговым требованиям.

Таким образом, в типичной ситуации факторинга участвуют как минимум три стороны: факторинговая организация, ее клиент и должник. Схема механизма факторинговой сделки представлена на схеме.

## Механизм факторинговой сделки



Основные этапы факторинговой операции следующие:

- 1) реализация продукции (товаров, работ или услуг);
- 2) передача по договору факторинга счетов за реализованную продукцию от клиента (кредитора) факторинговой фирме;
- 3) оплата дебиторской задолженности клиенту в соответствии с договором факторинга;
- 4) выставление факторинговой фирмой счетов по оплате должником его обязательств;
- 5) оплата счетов должником в пользу факторинговой фирмы.

В международной практике деловых отношений для факторинговых операций характерна скорая (в течение нескольких дней) оплата факторинговой фирмой клиенту значительной части (до 90 %) его дебиторской задолженности.

Остальная часть суммы требований клиента, за вычетом процентов по оплате самих факторинговых услуг, может возмещаться клиенту после реальной оплаты должником его обязательств в пользу факторинговой фирмы.

При осуществлении факторинговых операций в нашей стране факторинговые фирмы обычно выплачивают клиенту сразу всю сумму его требований по дебиторской задолженности. Размер оплаты факторинговых услуг при этом зависит от существующего на рынке уровня ставок по краткосрочным кредитам и времени оплаты расчетных документов.

Следует отметить, что факторинговое обслуживание наиболее привлекательно для тех организаций, которые испытывают финансовые трудности из-за невыполнения обязательств их должниками и при этом не имеют дополнительных источников денежных средств.

За несколько лет в российском здравоохранении произошел крутой поворот от чрезмерно централизованной к фрагментарной системе.

Система здравоохранения оказалась разобщенной. С одной стороны, наметилась тенденция к разделению единой системы общественного здравоохранения по принципу основных источников финансирования – через систему ОМС, государственный и муниципальный бюджеты. Единая система общественного здравоохранения разделилась на два сектора – бюджетный и страховой. Одно и то же учреждение здравоохранения действует на основе абсолютно разных схем финансирования и управления в рамках бюджетной

и страховой систем. Каждая из них строится на основе собственных правил, что оказывает крайне негативное влияние на экономику здравоохранения и препятствует реализации единого подхода к управлению и планированию. Действующее законодательство об основах местного самоуправления закрепляет автономию местных органов власти в решении вопросов охраны здоровья. В результате каждое муниципальное образование строит свою собственную замкнутую систему.

В какой-то мере фрагментация системы компенсируется усилиями территориальных фондов ОМС, которые пытаются выстроить единую для субъекта Федерации систему финансирования. Действующее законодательство о медицинском страховании обеспечивает возможность централизации финансовых ресурсов для выравнивания условий финансирования здравоохранения. Тем не менее возможности системы ОМС весьма ограничены. Сегодня через ее структуры проходит только 30-35 % всех ресурсов здравоохранения. Этого недостаточно, чтобы обеспечить разумную централизацию и единую управленческую стратегию.

Наблюдается тенденция к ослаблению взаимодействия между отдельными уровнями оказания медицинской помощи и службами здравоохранения. Из-за низкого уровня планирования один район вынужден содержать ненужные мощности, в то время как на соседней территории ощущается их острая нехватка. Можно привести много примеров простаивания дорогостоящей аппаратуры, приобретаемой небольшими районными больницами (обычно из-за отсутствия квалифицированных кадров). В результате действующая сеть медицинских учреждений все в меньшей степени соответствует реальным потребностям населения и требованиям рационального использования ресурсов.

Кроме того, под угрозой оказался важнейший принцип организации системы – этапность оказания медицинской помощи. Система здравоохранения не может строиться в одном отдельно взятом районе, для повышения эффективности использования ресурсов требуется разумная регионализация сети медицинских учреждений, основанная на разделении их функций с учетом уровня и типа каждого учреждения.

Это предполагает более высокий централизации управления и финансирования, чем сложившийся сегодня. В этом состоит принципиальное отличие здравоохранения от других систем социальной сферы, доставшихся в управление муниципальным властям.

### ***Система национальных счетов здравоохранения***

Устойчивое функционирование системы здравоохранения в условиях рыночной экономики во многом зависит от создания механизма определения реальной потребности и оценки эффективности использования необходимых для этого финансовых ресурсов.

Одним из наиболее эффективных и признанных во многих странах мира механизмов оценки использования финансовых ресурсов является система

национальных счетов. Национальные счета здравоохранения (НСЗ) позволяют характеризовать реальный сектор здравоохранения в экономике государства.

Система национальных счетов является одной из наиболее объективных, признанных в мире систем экономического анализа и оценки использования финансовых ресурсов в различных промышленных и социальных отраслях, которая применяется в 150 развитых странах с рыночной экономикой.

В настоящее время многие развитые страны с рыночной экономикой (США, страны-члены Организации по международному сотрудничеству и развитию (ОЭСР) и др.) используют системы национальных счетов для проведения экономического анализа и оценки затрат в области здравоохранения. К созданию счетов здравоохранения приступили страны Восточной Европы, СНГ и многие развивающиеся страны.

Счета здравоохранения отражают данные бухгалтерского учета расходов на здравоохранение, обеспечивают классификацию общих расходов по источникам финансирования, поставщикам и видам услуг здравоохранения. Разработка набора стандартных аналитических таблиц – матриц, сопоставимых на международном уровне, - основная задача создания системы национальных счетов здравоохранения.

Система счетов здравоохранения обеспечивает проведение полного и адекватного анализа формирования и использования финансовых средств на нужды охраны здоровья населения на всех уровнях – от федерального и территориального до уровня каждого гражданина страны, позволяет оперативно реагировать на все основные запросы системы здравоохранения. Информация, формируемая и анализируемая в системе счетов здравоохранения, позволяет не только оценить экономические результаты функционирования системы здравоохранения, но и определить перспективные направления политики развития отрасли. Результаты аналитической обработки этой информации необходимы для принятия научно обоснованных управленческих решений на всех уровнях организации медицинской помощи по каждому ее виду. Однако для реализации основных элементов формирования национальных счетов необходимо наличие мощной статистической базы, характеризующей не только финансовые ресурсы, но и экономические законы, управляющие этими ресурсами.

Разработка Системы национальных счетов здравоохранения (СНСЗ) осуществляется в России с 1997 г. в рамках проекта Всемирного банка «Медицинское оборудование» (компонент «Национальные счета здравоохранения России»). Данный проект выполняется специалистами Фонда «Российское здравоохранение», в составе которого работает Группа разработки счетов здравоохранения, включающая специалистов в области управления, системного анализа, экономики и финансов здравоохранения. Группа осуществляет сбор и анализ данных по всем источникам финансирования и видам расходов на здравоохранение, разрабатывает основные принципы и методологию построения Системы национальных счетов здравоохранения России.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 471-481.
2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 463-474.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебн. для студ./Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. –М.: 2003. –С.445-451.
4. Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. –СПб.: 2000. –С.
5. Вялков А. И., Райзберг Б. А., Шиленко Ю. В. Управление и экономика здравоохранения: Учебн. пособие / Под ред. А. И. Вялкова. –М.: 2002. –С.98-115, 143-155, 315-325.
6. Экономика здравоохранения: Учебн. пособие / Под общ. ред. А. В. Решетникова. – М.: 2003. – С.80-91.
7. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть III. Экономика и управление здравоохранением. – М.: 2003. –С. 56-68.
8. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С.518-530.
9. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения учебник: в 2т/под ред. В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –Т.2. – С.21-48.
10. Основы экономики здравоохранения/под ред. Н.И. Вишнякова. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – С. 38-57.
11. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
12. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
13. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. И доп.. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –С.
14. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период»
15. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).
16. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).