

9. Lebedev, P. Project financing: success factors / P. Lebedev // Adviser. – 2005. – # 11. – P. 21–26.
10. Nehaev, S. Project financing: basic issues, tendencies / S. Nehaev [electronic resource] // Science and technologies of Russia. – 2005. – URL: [http://orange.strf.ru/client/invest.aspx?ob\\_no=134](http://orange.strf.ru/client/invest.aspx?ob_no=134).
11. Piljakina, V. S. Bank financing of projects: the essence and the system / V. S. Piljakina // Finance and credit. – 2009. – # 30 (366). – P. 63–67.
12. Pyrkova, G. H. Financing of the projects in the Russian practice / G. H. Pyrkova // Materials of IV international scientific conference of students, post-graduate students and young scientists Scientific potential of students in the XXI-st century. T. 3. Economy. – Stavropol: Publishing house SevKavGtU, 2010. – P. 592.
13. Rusanovsky, E. V. Development of bank financing of the projects in Russia: synopsis of dissertation of the candidate of economic sciences / E. V. Rusanovsky. – Saratov, 2009. – 20 p.
14. Shurkalin, A. K. Financing of projects as effective form of the international crediting / A. K. Shurkalin // Financial management. – 2003. – # 2. – P. 56–62.

УДК 336.581:61  
ББК 65.261.55

**Чугунов Виктор Иванович,**  
к. э. н., доцент кафедры финансов и кредита  
Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева,  
г. Саранск,  
e-mail: [Chugunov65@rambler.ru](mailto:Chugunov65@rambler.ru);  
**Мурзаева Оксана Валерьевна,**  
аспирант кафедры финансов и кредита  
Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева,  
г. Саранск,  
e-mail: [ksanna09@rambler.ru](mailto:ksanna09@rambler.ru)

## О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВВЕДЕНИЯ ОДНОКАНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### REGARDING THE EXPEDIENCE OF IMPLEMENTATION OF SINGLE-CHANNEL FINANCING SYSTEM IN PUBLIC HEALTH

*В статье рассмотрены основные проблемы и недостатки действующей системы финансового обеспечения здравоохранения в России. Авторами обосновывается необходимость перехода на одноканальное финансирование отрасли и его преимущества для лечебно-профилактических учреждений. Кратко рассмотрены опыт и результаты внедрения пилотного проекта, проводимого в отдельных регионах Российской Федерации и направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Также отмечается, что введение одноканального финансирования здравоохранения неразрывно связано с таким понятием, как подушевое финансирование в здравоохранении. В связи с этим освещаются некоторые аспекты подушевого финансирования по методу «затраты-результаты». Далее в статье приводится позиция отдельных исследователей по целесообразности перехода на одноканальное финансирование здравоохранения, а также приводятся некоторые рекомендации по данной проблеме.*

*The article deals with the main problems and disadvantages of the existing financing system of public health in Russia. The authors give proof of the necessity of the transition to the single-channel financing system and its advantages for medical institutions. The article briefly reviews the experience and results of implementation of the*

*pilot project, which is being launched in several regions of the Russian Federation in order to improve the quality of public health services. The authors point out that the implementation of single-channel financing system is closely connected with such concept as financing per head in public health. In this connection the authors pay attention to financing per head and the “expenditures-results” method as its basis. The article analyzes opinions of some researchers regarding the expedience of transition to the single-channel financing system of the public health system, and proposes some recommendations for its implementation.*

*Ключевые слова: одноканальное финансирование, пилотный проект, обязательное медицинское страхование, тариф на медицинские услуги, подушевое финансирование в здравоохранении, метод «затраты-результаты», лечебно-профилактические учреждения, совершенствование системы финансирования, финансовые ресурсы, медицинская помощь, эффективность использования ресурсов.*

*Keywords: single-channel financing, pilot project, compulsory medical insurance, tariff on medical services, financing per head in public health, “expenditures-results” method, medical institutions, financing system improvement, financial resources, medical aid, efficient use of resources.*

Конституцией Российской Федерации определено, что все граждане России обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это правило обеспечивается представлением населению доступной медико-социальной помощи. Развитие рыночных отношений в России поставило государство перед необходимостью поиска, помимо бюджетных ассигнований, других источников финансирования системы здравоохранения. С принятием 28 июня 1991 г. Закона РФ № 1499-1 «О медицинском страховании в РФ»<sup>1</sup>, которым была введена система обязательного медицинского страхования, в России начался процесс реформирования системы здравоохранения. Внедрение системы обязательного медицинского страхования исходило из главной задачи – получения дополнительных источников финансирования и улучшения качества медицинского обслуживания граждан. Реализация страховых принципов потребовала формирования новых методов медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи, отличных от традиционной системы ведомственного контроля, существовавшей ранее в стране. Появился институт прав пациента как потребителя медицинской помощи. Однако недостатки Закона о медицинском страховании, а также непоследовательность его реализации создали серьезные проблемы и нежелательные тенденции в сфере здравоохранения, а правоприменительная практика показала недостаточную регламентированность важнейших элементов системы обязательного медицинского страхования<sup>2</sup>. Для решения современных насущных задач в сфере здравоохранения Президиумом Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политики 21 декабря 2005 г. были утверждены основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье», включающего в себя два основных направления: «Развитие первичной медико-санитарной помощи» и «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью». В соответствии с данным национальным проектом из федерального бюджета были выделены дополнительные средства. Они позволили значительно улучшить материально-техническое оснащение учреждений здравоохранения, осуществить меры по повышению качества медицинской помощи населению.

Однако сохраняется еще целый ряд проблем, связанных с организационными вопросами в самой системе здравоохранения, не учитывающей рыночные условия. Это и сметный характер содержания лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), и слабое развитие конкурентной среды при оказании медицинских услуг, и в системе оплаты труда медицинских работников, и др. Немаловаж-

ную роль в модернизации здравоохранения и отработке подходов к эффективному управлению отраслью играет изменение ее финансирования. Существующая многоканальная система финансирования порождала целый комплекс сложных проблем, требующих реформирования на основе экономических методов управления. Прежде всего формировались разные принципы финансирования одной и той же деятельности медицинской организации: из бюджета – по смете, из средств обязательного медицинского страхования (ОМС) – по объемам оказываемой медицинской помощи. Происходило разделение денежных потоков на уровне хозяйствующего субъекта, являющегося производителем медицинских услуг. Кроме того, не формировались условия для развития конкурентной среды. Проблемы обостряются еще и специфическим потребителем медицинских услуг в лице медицинских страховых организаций (СМО), которые как коммерческие структуры имеют свои экономические интересы в отрасли. Между тем система медицинского страхования призвана не содержать лечебно-профилактические учреждения, а финансировать медицинские услуги застрахованным гражданам. И определяющим критерием является повышение доступности и качества медицинской помощи им, которого можно добиться, используя экономические методы управления здравоохранением.

Преодолеть накопившиеся проблемы возможно с помощью такого проекта, как изменение системы финансирования путем перехода от бюджетного финансирования учреждений здравоохранения по смете расходов на их содержание к финансированию на основе тарифов за выполненные объемы работ, введя одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. При этом преследуется главная цель – повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения для обеспечения гарантированного качества и доступности медицинской помощи. Для достижения поставленной цели определены первоочередные задачи:

- формирование единого методологического подхода к определению стоимости медицинских услуг, основанного на стандартизации и нормировании элементов затрат;
- трансформация бюджетного источника финансирования в средства обязательного медицинского страхования с оплатой за фактически выполненные объемы медицинских услуг;
- создание условий для формирования конкурентной среды в сфере производителей медицинских услуг;
- мотивация производителей медицинских услуг в повышении доступности и качества медицинской помощи;
- повышение структурной эффективности системы здравоохранения.

При этом механизм решения большинства проблемных вопросов заложен в изменении тарифной политики, и прежде всего в увеличении перечня статей, финансируемых из средств обязательного медицинского страхования<sup>3</sup>. Одноканальное финансирование учреждений здравоохранения предусматривает включение в состав тарифа на ме-

<sup>1</sup> О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: закон РФ от 28.06.1991 № 1499-1 (ред. от 24.07.2009) // Ведомости СНД и ВС РСФСР. – 1991. – № 27. – Ст. 920 (документ утратил силу в связи с принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (принят ГД ФС РФ 19.11.2010) // Собрание законодательства РФ. – 2010. – № 49. – Ст. 6422.

<sup>2</sup> Кулагина, Э. Н. Преимущественно одноканальное финансирование – фактор эффективного управления в здравоохранении / Э. Н. Кулагина, А. В. Разумовский, Н. А. Полина // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 32–38.

<sup>3</sup> Рыжаков, С. А. О введении одноканальной системы финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования / С. А. Рыжаков, М. Я. Подлужная // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 1. – С. 18–20.

дицинские услуги дополнительных статей расходов медицинских учреждений. В настоящее время за счет средств территориального Фонда обязательного медицинского страхования финансируется оплата труда с начислениями, медикаменты и перевязочные средства, реактивы и химикаты, продукты питания, мягкий инвентарь, проведение лабораторных исследований для нужд учреждений. Все остальные статьи расходов лечебно-профилактических учреждений оплачиваются за счет бюджетных средств и за счет предоставления платных услуг<sup>4</sup>. Для формирования полного тарифа на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования необходимо также сформировать соответствующую нормативно-правовую базу и определить методику расчета<sup>5</sup>.

Необходимо отметить, что 19 мая 2007 г. принято важное для российского здравоохранения Постановление Правительства РФ № 296<sup>6</sup>, предусматривающее пилотный проект, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения и утвердившего Правила финансирования в 2007 г. расходов на реализацию в субъектах РФ пилотного проекта<sup>7</sup>. Для реализации этого проекта предусмотрена следующая система взаимосвязанных мероприятий: внедрение преимущественно одноканального финансирования, обоснование новых критериев результативности работы здравоохранения, введение новой системы оплаты труда, переход на подушевое финансирование лечебно-профилактических учреждений и частичное фондодержание в амбулаторно-поликлинических учреждениях, укрепление системы стандартизации и оценки качества медицинской помощи, развитие региональной сети доступного здравоохранения. Для решения этих мероприятий подготовлена необходимая нормативно-правовая база. Изданы приказы Минздравсоцразвития и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Для введения проекта необходимо было предусмотреть нормативное регулирование и в субъектах Российской Федерации. Были определены следующие условия участия субъектов Российской Федерации в пилотном проекте:

– 8 субъектов участвуют в Проекте на условиях предоставления федеральных грантов: Тверская область, Краснодарский край, Астраханская область, Ростовская область, Республика Татарстан, Пермский край, Самарская область, Свердловская область;

<sup>4</sup> Витютнева, И. Л. О финансировании муниципального здравоохранения / И. Л. Витютнева // Финансы. – 2007. – № 10. – С. 22–24.

<sup>5</sup> Рыжаков, С. А. О введении одноканальной системы финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования / С. А. Рыжаков, М. Я. Подлужная // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 1. – С. 18–20.

<sup>6</sup> Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации: постановление Правительства РФ от 19.05.2007 № 296 (с изм. от 28.11.2007) // Собрание законодательства РФ. – 2007. – № 22. – Ст. 2632.

<sup>7</sup> О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 296; Об утверждении Правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации (Зарегистрировано в Минюсте РФ 01.06.2007 № 9579): приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.05.2007 № 360 (ред. от 27.12.2007) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2007. – № 29.

– 9 субъектов участвуют в Проекте на условиях софинансирования: Белгородская область, Владимирская область, Калужская область, Вологодская область, Калининградская область, Ленинградская область, Республика Чувашия, Томская область, Хабаровский край;

– 2 субъекта финансируются за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации: Тюменская область и Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Всего 19 субъектов Российской Федерации.

Итоги пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, были подведены на научно-практической конференции 30–31 марта 2009 года в г. Москве. На ней обсуждались вопросы модернизации здравоохранения в РФ, подводились итоги реализации территориальных программ ОМС, направленных на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в 2008 г., и особенности их формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС на 2009–2010 гг. Обсуждались региональные особенности и опыт нормативно-правового регулирования преимущественно одноканального финансирования участников пилотного проекта. Особое внимание уделялось вопросам осуществления мероприятий по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование и оплату медицинской помощи по полному тарифу через систему ОМС. Определяя пути и этапы внедрения одноканального финансирования, используя при этом позитивный опыт пилотных территорий, участники конференции приняли решение о необходимости проведения следующих основополагающих мероприятий:

1. Закрепление в законодательном порядке перехода на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования, включая внесение изменений и дополнений в федеральные и региональные акты и отраслевые нормативные документы.

2. Подготовка предложений в проект Постановления Правительства Российской Федерации о Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по переходу на преимущественно одноканальное финансирование.

3. Разработка методологии мониторинга осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования поэтапного перехода на одноканальное финансирование.

4. Построение схем модернизации систем оплаты медицинской помощи в ОМС при переходе на преимущественно одноканальное финансирование на основе утверждения:

– методики формирования тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы ОМС в условиях перехода к преимущественно одноканальному финансированию через систему обязательного медицинского страхования;

– методики расчета дифференцированных подушевых нормативов для расчета страховых медицинских организаций с медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь по программе обязательного медицинского страхования и имеющими прикрепленное население;



– методических рекомендаций по оплате медицинской помощи при поэтапном переходе на преимущественно одноканальное финансирование<sup>8</sup>.

Введение преимущественно одноканального финансирования здравоохранения неразрывно связано с таким понятием, как подушевое финансирование в здравоохранении. Его внедрение является необходимой мерой по совершенствованию отрасли и повышению ее социально-экономической эффективности и рассматривается субъектами управления в качестве главного механизма одноканальной системы финансирования. Кратко остановимся на некоторых аспектах подушевого финансирования в здравоохранении по методу «затраты-результаты».

Понятно, что важнейшим фактором эффективности системы общественного здравоохранения является организация механизма финансирования производителей медицинских услуг. В экономике здравоохранения существует два альтернативных способа оплаты медицинской помощи:

– ретроспективный способ, когда оплата медицинской помощи осуществляется после ее оказания на основе фактического набора услуг;

– метод предварительной оплаты медицинской помощи в заранее согласованных между финансируемой стороной и производителем медицинских услуг объемах.

В здравоохранении Российской Федерации превалирует частный и наиболее простой вариант ретроспективной формы оплаты – метод оплаты случаев амбулаторно-поликлинического обследования на основе персонализированного учета посещений. В этом случае медицинское учреждение предоставляет требования в виде счетов на оплату фактически оказанной медицинской помощи финансирующей стороне, а последняя оплачивает ее, исходя из числа посещений по установленной цене. Однако объем медицинских услуг, реально оказанных каждому больному, обратившемуся за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение, в этом случае оказывается неучтенным в системе финансового обеспечения. Фактически данная модель ставит врачей в такие условия работы, когда уровень их заработной платы находится в прямой зависимости от объемов предоставляемой медицинской помощи, создавая экономические стимулы к увеличению числа пролеченных больных и параллельно – к сокращению сроков лечения каждого пациента и количества услуг, оказываемых при рассмотрении каждого отдельного клинического случая. Более того, немотивированность специалистов «первичного контакта» к оказанию максимума необходимых услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской помощи приводит к чрезвычайной загруженности узких специалистов и, как следствие, к ограничению доступности их услуг для тех пациентов, которые в них действительно нуждаются.

Несмотря на то, что использование подобной схемы в региональном здравоохранении подвергается регулярной и конструктивной критике со стороны экспертного сообщества и администраторов от здравоохранения, она

широко применяется в 88 % субъектов Федерации. В то же время модель подушевой оплаты амбулаторной помощи (как частный метод перспективного финансирования), предполагающаяся в качестве альтернативной ретроспективному методу оплаты и признанная более приемлемой в региональном здравоохранении, находит практическое применение лишь в 8 регионах России. Метод предварительной оплаты амбулаторных услуг имеет ряд очевидных преимуществ. Он позволяет избежать создания специальных резервных фондов (имеющих место при ретроспективной оплате) при планировании расходов здравоохранения, а медицинские учреждения в этих условиях строят свою экономическую политику более рационально, заранее зная, что внешних источников покрытия дефицита не существует. Таким образом, при реализации принципа подушевого финансирования медицинских учреждений, в хозяйственной деятельности лечебно-профилактических учреждений существенно расширяется плановая составляющая, обуславливая большую эффективность затрат.

То обстоятельство, что подушевая система позволяет организовать финансирование медицинских учреждений на основе реальных потребностей населения, существенно ограничивает риски по нецелевому расходованию средств, а также способствует развитию профилактической помощи и, следовательно, снижению возможных нежелательных затрат на лечение хронических заболеваний в перспективе. Поскольку подушевой принцип оплаты медицинских услуг предполагает использование различных поправочных коэффициентов для корректировки расходов здравоохранения, он позволяет учесть территориальную специфику потребностей населения в медицинской помощи и обеспечивает соблюдение принципа социальной справедливости. Среди множества факторов, прямо или косвенно влияющих на здоровье человека, лишь небольшая часть поддается точному количественному измерению в масштабах больших групп населения и отвечает критериям действительности, доступности, невозможности манипуляции данными и др. Это пол, возраст, а также расходы предыдущих лет на здравоохранение. Они учитываются при оценке потенциальных затрат на медицинскую помощь, составляя единую нормированную поправку территории (муниципального образования) и называются тарификационными переменными. Очевидно, что в самом простом варианте применения подушевого принципа возможно ограничиться минимальным количеством тарификационных переменных (как правило, это половозрастные коэффициенты), однако с повышением степени разработанности методического инструментария подушевого финансирования в рамках региона набор тарификационных переменных может быть расширен. Нужно также сказать, что внедрение подушевого финансирования является важнейшей составляющей организации системы одноканального финансирования здравоохранения, запланированной в рамках пилотных проектов<sup>9</sup>.

Рассматривая недостатки действующей системы финансирования здравоохранения и возможности перехода

<sup>8</sup> Кулагина, Э. Н. Преимущественно одноканальное финансирование – фактор эффективного управления в здравоохранении / Э. Н. Кулагина, А. В. Разумовский, Н. А. Полина // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 32–38.

<sup>9</sup> Колинко, А. А. Подушевое финансирование в здравоохранении по методу «затраты-результаты» / А. А. Колинко, М. Д. Дуганов, С. В. Ковригина, А. А. Шабунова, К. Н. Калашников // Финансы. – 2008. – № 7. – С. 19–24.

к одноканальному финансированию, нельзя не затронуть вопрос, касающийся эффективности использования и управления финансовыми ресурсами в здравоохранении, эффективности деятельности ЛПУ. Заметим, что существующая организация государственного финансирования лечебно-профилактических учреждений не обеспечивает ощутимого давления, побуждающего медицинские организации к повышению эффективности своей деятельности, а содействует воспроизводству затратного типа хозяйствования. Руководители управлений здравоохранением территории, не неся непосредственной юридической ответственности за подчиненные ЛПУ, не занимаются вопросами улучшения финансово-экономического состояния (минимизацией, результативностью, выгодностью и полезностью затрат). Хотя при этом самостоятельно, «сверху» планируют и в конечном итоге определяют годовую смету подчиненных учреждений (могут вообще не прислушиваться к мнению руководства ЛПУ), контролируют практически все их закупки (на основании Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»<sup>10</sup>), определяют поставщиков товаров и услуг для учреждений, порядок организации платежей, движение финансовых средств. Таким образом, учреждения находятся в полной зависимости от органов управления здравоохранением и руководства муниципальной территории. В данной ситуации администрации ЛПУ понимают, что выделение бюджетных средств по смете зависит не от эффективности работы учреждения, а от личностных отношений с руководством медицинского управления. Поэтому они не предпринимают каких-либо серьезных самостоятельных действий по улучшению состояния учреждений, а просто автоматически выполняют спущенные «сверху» распоряжения, пытаясь в условиях финансового дефицита хотя бы сохранить имеющийся кадровый и экономический статус-кво. Сам же статус-кво часто весьма неприглядный: нехватка квалифицированного персонала, большая текучесть среднего и младшего медицинского персонала, неблагоприятный психологический и социальный климат; неудовлетворительный внешний и внутренний вид учреждения, запущенность территории, отсутствие средств на текущий и капитальный ремонт, работа на некачественном, устаревшем оборудовании, отсутствие у учреждения свободных средств; большой процент врачебных ошибок, шаблонные методики лечения больных стандартным набором медикаментов, высокий уровень неудовлетворенности пациентов качеством лечения, отток больных в другие учреждения, негласная система сборов и поборов с пациентов; недостаточная квалификация руководства ЛПУ в плане управления учреждением в условиях рыночных товарно-денежных отношений, отсутствие программы развития ЛПУ (как и здравоохранения муниципального образования в целом); цели учреждения не согласуются с индивидуальными желаниями работников.

<sup>10</sup> О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд: федер. закон РФ от 21.07.2005 № 94-ФЗ (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2011) // Собрание законодательства РФ. – 2005. – № 30 (ч. 1). – Ст. 3105.

В такой ситуации продолжение финансирования учреждений здравоохранения – это финансирование проблем, болезней, «затыкание» вновь появляющихся «дыр» в неэффективной «экономике» ЛПУ. Действие большинства руководителей учреждений здравоохранения сводится лишь к простому реагированию на происходящие перемены, что обусловлено реализуемой ими «концепцией выживания». Для решения вышеперечисленных проблем руководители должны идти по пути формирования экономической независимости лечебно-профилактических учреждений, которая достигается, прежде всего, путем введения одноканального финансирования отрасли<sup>11</sup>.

Необходимо отметить, что проблему целесообразности перехода к одноканальному финансированию здравоохранения затрагивают многие ведущие специалисты в области экономики, политики и медицины. Данной проблеме в настоящее время придается большое значение. Так, И. Л. Витютнева упоминает о том, что «основной недостаток существующего ныне принципа сметного финансирования заключается в полной финансовой зависимости бюджетного учреждения от учредителя, то есть достаточность финансирования медицинского учреждения зависит от доходной базы соответствующего бюджета. Бюджетирование, ориентированное на результат, должно заменить традиционный подход к сметному планированию в здравоохранении»<sup>12</sup>. В статье также отмечается, что «положительными сторонами одноканального финансирования оплаты медицинской помощи по полному тарифу является полное возмещение затрат медицинских учреждений при оказании медицинской помощи, определение реальных потребностей в финансовых средствах на здравоохранение. Однако основной проблемой выделения средств из одного источника является определение размера средств, необходимого для нормального функционирования учреждений здравоохранения, то есть стоимостной оценки медицинской помощи»<sup>13</sup>.

Далее кратко остановимся на финансовой модели деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях перехода к одноканальному финансированию здравоохранения, которая предложена коллективом авторов во главе с Л. А. Габуевой в статье с одноименным названием. Авторы отмечают, что «стационарные и амбулаторно-поликлинические учреждения системы здравоохранения в последние годы находятся в процессе постоянно изменяющихся условий существования. В наибольшей степени изменения коснулись формирования и планирования финансово-экономических показателей деятельности»<sup>14</sup>. За последние годы принципиально изменились воздействия на медицинские организации финансово-экономических механизмов управления:

<sup>11</sup> Зинчук, Ю. Ю. Экономическая самостоятельность лечебно-профилактических учреждений – основа реформирования микроэкономики здравоохранения / Ю. Ю. Зинчук // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 1. – С. 12–17.

<sup>12</sup> Витютнева, И. Л. О финансировании муниципального здравоохранения / И. Л. Витютнева // Финансы. – 2007. – № 10. – С. 22–24.

<sup>13</sup> См.: Там же.

<sup>14</sup> Габуева, Л. А. Разработка финансовой модели деятельности лечебно-профилактического учреждения при переходе к одноканальному финансированию здравоохранения / Л. А. Габуева, Н. Д. Захарченко, В. Н. Мартынов // Экономика здравоохранения. – 2009. – № 10. – С. 5–15.

– целевые источники финансирования регламентируют виды и объемы оказываемой населению медицинской помощи в рамках государственного заказа – Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью;

– подвергается регламентации процесс калькулирования себестоимости единицы медицинской услуги;

– сметное планирование расходов в деятельности организаций, ведущееся раздельно по источникам финансирования, заменяется бюджетированием, ориентированным на результат, естественно при переходе на одноканальное финансирование;

– вводятся новые подходы учета и планирования медицинских и экономических показателей работы и т. п.

В последние годы анализ и оценка эффективности использования ресурсов отрасли все больше связываются с персонификацией расходов, их приведение к конкретной нозологии лечения, пролеченному пациенту и т. д. В практику планирования деятельности в здравоохранении вводятся стоимостные оценки единицы объемов медицинской помощи, подушевые нормативы финансовых затрат и т. п. Нормирование труда медицинского персонала все больше связывают с показателями результативности, продуктивности его труда. Важным моментом при разработке финансовой модели одноканального финансирования медицинских организаций по конечному результату является структура тарифа оплаты единицы медицинской помощи: полная себестоимость лечения, возмещение части расходов медицинских организаций на оказание помощи. Большое значение для результативной работы медицинских организаций имеет анализ структуры оказываемых услуг, анализ интенсивности лечебно-профилактических и диагностических мероприятий в целом и на каждого пролеченного больного. Ключевым звеном оценок эффективности деятельности медицинских учреждений могут быть показатели качества медицинской результативности, достижение социальных задач. В условиях целевого и одноканального финансирования достижение перечисленных выше аспектов упирается в необходимость финансового обеспечения. Финансово-экономическая составляющая деятельности, сопоставление затрат с результатами представляется важнейшим звеном проводимого анализа<sup>15</sup>.

Таким образом, планирование объемно-финансовых показателей деятельности в здравоохранении и в медицинских учреждениях при смене финансовой модели и переходе к одноканальной системе финансирования предполагает:

1. Текущее планирование и мониторинг за количественными значениями факторов деятельности по группам: капитал, материальные затраты, труд и оплата труда, организация лечебного процесса – позволяющая выявить тенденции развития учреждения.

2. Определение реальной потребности в медицинских услугах: исследованиях, манипуляциях, койко-днях по видам, программам предоставления, профилям.

3. Расчет с определенной долей вероятности прогнозируемых значений наиболее существенных объемно-финансовых показателей деятельности, и на этой основе оп-

ределяется оптимальный безубыточный для учреждения объем услуг по всей вертикали организационной структуры: по видам помощи в рамках разграничения полномочий, по однородным медицинским организациям, по структурным подразделениям медицинских организаций, по отдельным бюджетным услугам здравоохранения.

4. Планирование функции врачебной должности и плановая нагрузка персонала с учетом выполнения безубыточного для данной организации объема медицинских услуг и иных показателей результативности.

5. Планирование размера заработной платы персонала для обеспечения функции мотивации труда и выполнения задач стратегического развития, причем данный размер делится на постоянную и переменную части. Первая – за выполнение заданного объема работ, вторая предполагает стимулирование достижения критериальных показателей деятельности.

6. Оценка вероятности достижения плановых показателей и оперативная корректировка плановых заданий становятся заключительными этапами бюджетирования в объектах здравоохранения<sup>16</sup>.

Рассматривая вопрос перехода на одноканальное финансирование, заметим, что обсуждаемая в настоящее время Концепция развития системы российского здравоохранения до 2020 г. предусматривает механизмы, обеспечивающие ответственность врачей и медицинских организаций за качество и результаты работы, а также поэтапный переход на полный тариф на медицинские услуги и на оказание всего объема медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования. Источником средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней, выделяемых государством на здравоохранение, является валовой внутренний продукт (ВВП). Совершенствование системы финансирования создает условия для более эффективного использования этих средств. Чтобы к 2020 г. добиться решения задачи, поставленной еще в 1997 г., о повышении доли здравоохранения в ВВП до уровня 6–7 %, необходимо, не откладывая, в законодательном порядке определить на среднесрочную перспективу (например, на 3 года) долю государственных затрат на здравоохранение в ВВП, предусматривая постепенный рост по годам. И конечно, проблемой первостепенной важности остается повышение медицинской, социальной и экономической эффективности лечебно-профилактической помощи. Министерству здравоохранения и социального развития РФ следует учесть положительный опыт использования в здравоохранении СССР «Методических рекомендаций по оценке экономической эффективности лечебно-профилактической помощи», введенных в действие письмом Минздрава СССР от 5.01.84 г. № 02-14/2-14<sup>17</sup>. Следует отметить, что

<sup>16</sup> Габуева, Л. А. Разработка финансовой модели деятельности лечебно-профилактического учреждения при переходе к одноканальному финансированию здравоохранения / Л. А. Габуева, Н. Д. Захарченко, В. Н. Мартынов // Экономика здравоохранения. – 2009. – № 10. – С. 5–15.

<sup>17</sup> Методические рекомендации по оценке экономической эффективности лечебно-профилактической помощи: письмо Минздрава СССР от 05.01.1984 № 02-14/2-14 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс» (документ опубликован не был).

<sup>15</sup> См.: Габуева, Л. А. Указ. соч.



основные методологические подходы к определению экономической эффективности в здравоохранении не претерпели существенных изменений, поскольку финансирование здравоохранения в РФ осуществляется преимущественно за счет государственных средств. Но, конечно, требуется издание новых отраслевых методических рекомендаций с учетом развития в стране многообразных форм собственности, перехода к рыночным отношениям, развития медицинского страхования и рынка медицинских услуг. Такие методические рекомендации помогут более объективно оценить эффективность расходования государственных средств на всех уровнях системы здравоохранения, а также облегчат выбор вариантов наиболее объективных программ, медицинских технологий и т. д. Переход к преимущественно одноканальному финансированию в здравоохранении создаст более благоприятные условия для развития отрасли и повышения эффективности расходования средств<sup>18</sup>.

Итак, мы считаем, что главная проблема российского здравоохранения на настоящем этапе его развития состоит не столько в ограниченности финансовых ресурсов, сколько в неэффективности управления. Основная причина этого – сформировавшаяся в стране новая многоукладная система здравоохранения, состоящая из государственного (федерального и регионального), муниципального, ведомственного и частного секторов. Естественно, в этих условиях управление отраслью чрезвычайно сложно. Однако при одноканальном финансировании возможности в плане эффективного управления финансовыми ресурсами расширяются, т. к. появляется самостоятельность в распределении имеющихся денежных средств на содержание лечебно-профилактических учреждений, возможность использования средств, не прибегая к передвижкам со статьи на статью, эффективность и оперативность в маневрировании денежными средствами, особенно в экстренных ситуациях. Также при одноканальном финансировании государство переводит финансовое обеспечение учреждений из категории бюджетного в государственное внебюджетное (обязательное медицинское страхование). При этом расширяется перечень финансируемых через обязательное медицинское страхование статей расходов. Резко повышается ответственность администраций лечебно-профилактических учреждений за правильное распределение финансовых средств внутри учреждений с целью обеспечения всех сторон их деятельности.

Нам представляется возможным при переходе на одноканальное финансирование здравоохранения ввести в лечебно-профилактическом учреждении должность финансового менеджера, который будет отвечать за рост производительности труда, рост объема зарабатываемых средств в лечебно-профилактических учреждениях, прирост заработной платы и т. п. Финансовый менеджер будет определять объемы планируемых затрат по видам деятельности лечебно-профилактических учреждений в соответствии с внутренними потребностями учреждения и внешними условиями, по каждому отделению стационара и каждому специалисту в поли-

клинике. Финансовый менеджер и главный врач будут отвечать за использование средств обязательного медицинского страхования и бюджетных средств (пока они сохраняются): реализация их возможна только за двумя подписями. В свою очередь, главный врач может самостоятельно решать вопросы использования средств, полученных за платные услуги, – направлять их в первую очередь на развитие учреждения, улучшение качества медицинского обеспечения населения. Нам кажется, что это наиболее актуально в условиях одноканального финансирования. В целях увеличения заинтересованности главных врачей и финансовых менеджеров в выполнении поставленных задач необходимо при заключении контракта с ними вписывать вышеперечисленные показатели как обязательные требования, невыполнение которых может послужить причиной увольнения. Таким образом, предлагаемая система снижает риск неэффективного руководства лечебными учреждениями с уровня руководителя медицинского управления, отдающего распоряжения главным врачам всех подчиненных ему лечебно-профилактических учреждений, до главного врача и финансового менеджера конкретного учреждения при их некомпетентности.

Также необходимо отметить, что с введением одноканального финансирования лечебно-профилактические учреждения должны самостоятельно приобретать товары и услуги, исходя из принципов минимизации и выгоды затрат. Реально с введением Федерального закона № 94-ФЗ лечебно-профилактические учреждения несут убытки от централизованных закупок или страдает качество закупаемых товаров и услуг, осуществляемых конкурсными комиссиями под руководством органов управления здравоохранением и местных администраций. Это касается закупок медикаментов, продовольствия, транспорта и т. д. Право на самостоятельность закупок учреждением товаров и услуг необходимо обеспечить законодательно, возложив полную ответственность за финансовую деятельность учреждения на главного врача и финансового менеджера.

И последнее, хочется надеяться на то, что некоторые проблемы, накопившиеся в российском здравоохранении, поможет решить новый Закон об обязательном медицинском страховании, который должен заработать с 1 января 2011 г. По замыслу разработчиков, новая редакция закона должна усовершенствовать систему обязательного медицинского страхования. Она оживит конкуренцию, так как по новым нормам страховую компанию для ОМС будет выбирать сам гражданин, а не его работодатель или правительство региона (для безработных), как сейчас. Также будет расширен список статей, по которым ведутся затраты по ОМС. Кроме заработной платы, лекарств, питания больных и мягкого инвентаря, в список включили издержки на медицинские инструменты, оплату лабораторных исследований, а также расходы на связь, транспорт и даже коммунальные услуги. Принятые меры призваны повысить качество услуг. Планируется выстроить вертикальную систему страховых норм, при которой деньги, собранные с каждого гражданина в виде страховых взносов на здравоохранение, станут федеральными, ими будет распоряжаться Министерство здравоохранения и социального развития РФ через фонд

<sup>18</sup> Васильев, И. В. К вопросу о подходах к концепции развития здравоохранения / И. В. Васильев, А. В. Калинин, А. В. Бурдейн, В. А. Борцов // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 5–9.

ОМС и его территориальные структуры. При этом оплачивать счета лечебного учреждения будет не страховая компания, а непосредственно сами территориальные фонды ОМС.

Таким образом, подводя итоги нашего исследования, касающегося целесообразности введения одноканальной системы финансирования здравоохранения, хотелось бы особо подчеркнуть, что:

– во-первых, такая система финансирования по расширенному тарифу позволяет главным врачам маневрировать заработанными за оказанную медицинскую помощь средствами и, в случае необходимости, направлять

их на наиболее приоритетные статьи расходов, включая ремонт оборудования, закупку недорогого оборудования, повышение квалификации медицинских работников и т. д.;

– во-вторых, преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения позволяет оптимизировать организацию медицинской помощи и развивать приоритетные направления: совершенствовать амбулаторно-поликлиническую помощь, оказание медицинской помощи по принципу врача общей практики, внедрять оплату медицинской помощи по законченному случаю.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильев, И. В. К вопросу о подходах к концепции развития здравоохранения / И. В. Васильев, А. В. Калинин, А. В. Бурдейн, В. А. Борцов // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 5–9.
2. Витютнева, И. Л. О финансировании муниципального здравоохранения / И. Л. Витютнева // Финансы. – 2007. – № 10. – С. 22–24.
3. Габуева, Л. А. Разработка финансовой модели деятельности лечебно-профилактического учреждения при переходе к одноканальному финансированию здравоохранения / Л. А. Габуева, Н. Д. Захарченко, В. Н. Мартынов // Экономика здравоохранения. – 2009. – № 10. – С. 5–15.
4. Зинчук, Ю. Ю. Экономическая самостоятельность лечебно-профилактических учреждений – основа реформирования микроэкономики здравоохранения / Ю. Ю. Зинчук // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 1. – С. 12–17.
5. Колинко, А. А. Подушевое финансирование в здравоохранении по методу «затраты-результаты» / А. А. Колинко, М. Д. Дуганов, С. В. Ковригина, А. А. Шабунова, К. Н. Калашников // Финансы. – 2008. – № 7. – С. 19–24.
6. Кулагина, Э. Н. Преимущественно одноканальное финансирование – фактор эффективного управления в здравоохранении / Э. Н. Кулагина, А. В. Разумовский, Н. А. Полина // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 32–38.
7. Методические рекомендации по оценке экономической эффективности лечебно-профилактической помощи: письмо Минздрава СССР от 05.01.1984 № 02-14/2-14 [Электронный ресурс] // СПС «Консультант Плюс» (документ опубликован не был).
8. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: федер. закон РФ от 28.06.1991 № 1499-1 (ред. от 24.07.2009) // Ведомости СНД и ВС РСФСР. – 1991. – № 27. – Ст. 920 (документ утратил силу в связи с принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (принят ГД ФС РФ 19.11.2010) // Собрание законодательства РФ. – 2010. – № 49. – Ст. 6422).
9. О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 296; Об утверждении Правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации (зарегистрировано в Минюсте РФ 01.06.2007 № 9579): приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.05.2007 № 360 (ред. от 27.12.2007) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2007. – № 29.
10. О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд: федер. закон РФ от 21.07.2005 № 94-ФЗ (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2011) // Собрание законодательства РФ. – 2005. – № 30 (ч. 1). – Ст. 3105.
11. Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации: постановление Правительства РФ от 19.05.2007 № 296 (с изм. от 28.11.2007) // Собрание законодательства РФ. – 2007. – № 22. – Ст. 2632.
12. Рыжаков, С. А. О введении одноканальной системы финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования / С. А. Рыжаков, М. Я. Подлужная // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 1. – С. 18–20.

#### REFERENCES:

1. Vasilev, A. V. The issue of approaches to the concept of development of public health services / I. V. Vasilev, A. V. Kalinichenko, A. V. Burdein, V. A. Bortsov // Public health services economy. – 2010. – # 2. – P. 5–9.
2. Vitjutneva, I. L. Regarding financing of municipal public health services / I. L. Vitjutneva // Finance. – 2007. – # 10. – P. 22–24.
3. Gabueva, L. A. Development of financial model of activity of treatment-and-prophylactic establishment at transition to single-channel financing of public health services / L. A. Gabueva, N. D. Zakharchenko, V. N. Martynov // Public health services economy. – 2009. – # 10. – P. 5–15.



4. Zinchuk, Yu. Yu. Economic independence of treatment-and-prophylactic establishments – a basis of reforming of micro-economics of public health services / Ju. Ju. Zinchuk // Public health services of the Russian Federation. – 2009. – # 1. – P. 12–17.
5. Kolinko, A. A. Personal financing in public health services in compliance with the method “expenses-results” / A. A. Kolinko, M. D. Duganov, S. V. Kovrigina, A. A. Shabunova, K. N. Kalashnikov // Finance. – 2008. – # 7. – P. 19–24.
6. Kulagin, E. N. Preferably single-channel financing – the efficient control factor in public health services / E. N. Kulagin, A. V. Razumovsky, N. A. Polina // Public health services economy. – 2010. – # 2. – P. 32–38.
7. Methodical recommendations for evaluation of the economic efficiency of the treatment-and-prophylactic help: the letter of the Ministry of Health of the USSR dated 1.5.1984 # 02-14/2-14 [Electronic resource] // SPS Consultant-Plus (the document hasn't been published).
8. Regarding medical insurance of citizens in the Russian Federation: federal law of the Russian Federation dated 6.28.1991 # 1499-1 (revision as of 7.24.2009) // Bulletin of the people's deputies board and the RSFSR Supreme Board. – 1991. – # 27. – Article 920. The document has become invalid due to acceptance of the Federal law as of 11.29.2010 # 326-FZ Regarding obligatory medical insurance in the Russian Federation (approved by the State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation on 11.19.2010) // Collection of the legislation of the Russian Federation. – 2010. – # 49. – Article 6422.
9. Regarding measures for implementation of the decree of the government of the Russian Federation dated May 19, 2007 # 296; Regarding approval of the rules of financing in 2007 of the expenses for implementation of the pilot project at the entities of the Russian Federation aimed at the increasing of the quality of the health services, and the list of entities of the Russian Federation participating in its implementation (Registered by the Ministry of justice of the RF on 01.06.2007 # 9579); order of the Ministry of health service and social development of the RF dated 25.05.2007 # 360 (revision as of 27.12.2007) // Bulletin of regulatory enactments of the federal executive authorities. – 2007. – # 29.
10. Regarding placement of orders for supply of goods, performance of activities, rendering services for the state and municipal demands: federal law of the RF dated 21.07.2005 # 94-FZ (with revisions and amendments came into force since 01.01.2011) // Collection of legislation of the RF. – 2005. – # 30 (part 1). – Article 3105.
11. Regarding approval of the regulations of financing in 2007 of expenses for implementation of the pilot project at the entities of the Russian Federation aimed at increasing of quality of health services, and the list of the entities of the Russian Federation participating in its implementation: decree of the government of the RF dated 05.2007 # 296 (with revisions as of 28.11.2007) // Collection of legislation of the RF. – 2007. – # 22. – Article 2632.
12. Ryzhakov, S. A. Regarding introduction of single-channel system of financing of the territorial program of obligatory medical insurance / S. A. Ryzhakov, M. Ya. Podluzhnaya // Health service in the RF. – 2009. – # 1. – P. 18–20.

---

УДК 336.77  
ББК 65.262.2

**Дроботова Ольга Олеговна,**  
к. э. н., доцент кафедры финансов и кредита  
Волгоградского филиала Российского государственного  
торгово-экономического университета,  
г. Волгоград,  
e-mail: olgfins@mail.ru

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЕКТНОГО КРЕДИТА

### THEORETICAL ASPECTS OF THE PROJECT LOAN

*Проектный кредит предоставляется проектной компании в целях реализации инвестиционного проекта и выступает ключевым элементом инвестиционного банковского кредитования, а также схемы проектного финансирования. Проектная компания создается только для реализации кредитуемого проекта. Источником выплат задолженности по проектному кредиту являются доходы, генерируемые самим инвестиционным проектом. В этой связи проектное кредитование становится наиболее рискованным по сравнению с традиционным, когда источником выплат по кредитам выступают доходы от всей экономической деятельности предприятия-заемщика. Проектное кредитование, являясь нововведением в банковском бизнесе, обуславливает необходимость исследования теоретических основ про-*

*ектного кредита в целях формирования эффективной системы его организации и управления в современных условиях.*

*The project loan is granted to the design company in order to implement the investment project and is a key element of the bank investment crediting, as well as project financing scheme. The design company is established only for implementation of the financed project. The source of payment of the project loan debts is revenue generated by the investment project itself. In this connection the project crediting becomes the most risky compared to traditional, when the source of payments of the loan are the revenues from entire economic activity of the borrowing company. The project crediting being new to the bank business specifies the*