**Содержание**

Введение

1 Теоретические и правовые аспекты финансового обеспечения здравоохранения

1.1 Развитие системы финансирования здравоохранения в России

1.2 Виды платных медицинских услуг и правовая основа их предоставления

1.3 Бюджетный учет и расходование средств полученных, учреждениями здравоохранения от оказания платных медицинских услуг

2 Совершенствование финансирования учреждений здравоохранения за счет развития платных медицинских услуг населению

Заключение

Литература

**Введение**

Состояние здоровья населения – весьма точный индикатор социально – экономического развития страны в целом. В России в последнее десятилетие постоянно фиксируют отрицательные значения по таким важнейшим показателям, как уровень рождаемости, обеспеченность медицинской помощью, продолжительность жизни. В последние пять лет ВВП в России растет, появилось реальное оживление в экономике. Сложилась благоприятная международная рыночная конъюнктура для отечественного экспорта. Увеличивается объем федерального бюджета. Однако, несмотря на это, для миллионов российских пациентов реальное звучание приобрел трагический вопрос: смогут ли они не только выздороветь, но и выжить?

С каждым годом россиян становится почти на один миллион меньше. Несмотря на вроде бы улучшающуюся жизнь и постоянный приток иммигрантов, ежегодно мы теряем более двух миллионов человек, из которых около 600 тысяч – граждане трудоспособного возраста.

У государства значительно сократились возможности для бесплатной медицинской помощи населению. Число больниц и поликлиник в стране всего за семь последних лет сократилось почти на две тысячи, или на 15 процентов.

К тому же сама система государственного финансирования здравоохранения за счёт средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней весьма запутанна и неупорядочена. Сохраняется принцип финансирования больниц и поликлиник в зависимости от объёмных показателей (количества коек, врачебного персонала и т. д.) без учёта качества реальной работы, то есть качества лечения. Поэтому у врачей нет материальных стимулов, осваивать новые методы лечения, учиться, внедрять прогрессивное оборудование. Прогрессивно увеличиваются бюджетные расходы на содержание медицинских чиновников. Число медицинских руководителей за семь последних лет возросло на 27 процентов.

В условиях резко ограниченных финансовых возможностей субъектов РФ увеличение финансирования отрасли возможно только за счет федерального бюджета и предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

**1 Теоретические и правовые аспекты финансового обеспечения здравоохранения**

**1.1 Развитие системы финансирования здравоохранения в России**

В постсоветское время наблюдался постоянный дефицит услуг здравоохранения. Это проявлялось в огромных очередях, связанных, в первую очередь, с лечением и профилактикой наиболее распространенных заболеваний; в частности, попасть к стоматологу, сделать УЗИ, получить направление на реабилитационный (мануальный) массаж для гражданина было трудной задачей. Естественно, такое положение сопровождалось наличием «черного» и «серого» рынка практикующих врачей. В первом случае «бесплатные» услуги оказывались за деньги, во втором - включался механизм социальных связей, позволяющий попасть на прием к доктору «без очереди».

Недовольство населения работой российской медицины привело к тому, что эту отрасль начали реформировать одной из первых. Попытка перехода к страховой медицине в России датируется 1992-1993 годами, одновременно с либерализацией цен и приватизацией. Однако наиболее заметными сдвигами в этой области следует считать появление частных (платных) клиник и определенное насыщение рынка лекарств. Существенного повышения эффективности работы данной отрасли не произошло; спустя десять лет можно констатировать, что по большей части «все вернулось на круги своя», если не считать денег, осевших в свое время в карманах учредителей страховых медицинских организаций.

Тем не менее, если рассматривать формальный механизм функционирования отечественного здравоохранения, можно сделать вывод, что с 1993 года в России создана система обязательного медицинского страхования, где, основным направлением реформирования, предлагается считать необходимость трансформировать механизмы реализации принципа солидарности в организации медицинского страхования, чётко отделить налоговые составляющие в этой системе, нужные для того, чтобы предоставлять услуги здравоохранения низкодоходным группам населения, неспособным в рамках страховой медицины оплачивать минимальную, определённую государственными стандартами медицинскую помощь, от собственно страховой части, где есть зависимость объёма предоставляемых услуг от величины взноса, возможность выбора страховой компании и пакета её услуг. Таким образом, предполагается, что реформирование системы финансирования здравоохранения должно привести к росту качества услуг; при этом меры по изменению управления здравоохранением, механизму внедрения инноваций, контролю качества и стоимости услуг выпадают из сферы анализа. На наш взгляд, такой подход ошибочен; более того, он продолжает прежнюю логику реформ здравоохранения направленных на формирование государственно-бюрократической медицины, доказавшей полную неспособность решать практические задачи финансирования здравоохранения в России.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения можно описать с помощью трех основных экономических моделей. Однозначных, общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров дается специалистами, в общем, одинаково.

Это:

* платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
* государственная медицина с бюджетной системой финансирования;
* система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Таким образом, масштабы государственного сектора малы. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда - системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Все медицинские услуги оказываются государственным сектором, финансирование которого осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Государство является главным гарантом защиты доходов медицинских работников от инфляции (минимальная заработная плата, пенсионное обеспечение, отпуска и т.д.). Эта модель с 1930-ых годов до недавнего времени была свойственна России, другим республикам бывшего СССР, странам Восточной Европы. Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины и механизма социальной защиты ее работников.

В третью модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной.

Описанные ранее модели организации здравоохранения по-разному учитывают специфику медицинской услуги как товара. И этот фактор является не менее важным, чем роль государства, для выделения различных типов организации системы здравоохранения, более того именно он и определяет масштабы государственного сектора в каждой модели.

Различия в механизме функционирования данных моделей предопределяются неявным контрактом. Остановимся на нём подробнее.

В случае платной медицины пациент платит за визит к врачу. Это обстоятельство ставит производителя медицинских услуг в двойственное положение - долгое безуспешное лечение ведёт к росту его доходов, но одновременно подрывает его репутацию и вызывает снижение доходов в долгосрочной перспективе. Содержание контракта, таким образом, предусматривает «переплату» клиентом за дополнительные услуги; ключевой рутиной, обуславливающей функционирование платной медицины, является расширение практики (в сущности, привлечение новой клиентуры, как больных, так и здоровых людей).

Содержание контракта предполагает сетевые децентрализованные контакты между врачами (клиниками), министерство здравоохранения может повлиять на врачебную корпорацию только косвенно. Существенной является репутация врача не только среди пациентов, но и среди коллег - это сопровождается увеличением доходов и статуса. Особенностью данной системы является взаимодействие между врачебной корпорацией и производителями лекарств и медицинского оборудования - методов прямого воздействия у последних на врачей и клиники практически нет, поэтому здесь постоянно проводятся семинары, конференции, где осуществляется презентация лекарств, оборудования, новых методик лечения. В то же время контроль качества и стоимости лечения осуществляется внутри врачебной корпорации каждым производителем самостоятельно.

В случае страховой медицины производителю услуг оплачивается стоимость лечения болезни, в то время как пациент оплачивает страховку от случая заболеть. «Зазор» между стоимостью лечения и страховкой представляет собой конфликт интересов между клиникой и страховой фирмой; при этом возникает конфликт интересов и внутри врачебной корпорации: одни лечат, другие - эксперты страховых фирм - оценивают правильность лечения (с точки зрения качества и стоимости). Двойственность интересов, присущая положению производителя медицинских услуг в рыночной модели, здесь устраняется, снижаются и переплаты; в связи с чем данная модель рекомендована Всемирной организацией здравоохранения к распространению. Однако здесь увеличивается и роль государства, внедряющего стандарты деятельности страховых организаций и клиник (особенно в части, касающейся обязательного медицинского страхования). Механизмы мотивации, внедрения инноваций, высококачественных услуг здесь аналогичны платной медицине.

Наконец, в бюджетной медицине стоимость услуг приравнивается к какому-либо нормативному показателю (показателям). В отечественном здравоохранении таким показателем - ключевой рутиной финансового планирования является койко-место в лечебно-профилактическом учреждении. На основе данных показателей рассчитывается стоимость содержания бюджетной сети здравоохранения, к которой привязывается и количество врачей, и стоимость медикаментов, и другие статьи затрат. При этом нормативные показатели взаимосвязаны: скажем, больницы на N количество коек строятся в расчёте на 10000 человек согласно строительным нормам и правилам (СНиПам), поэтому замена одного нормативного показателя (койки) на другой показатель (подушевой норматив) на ситуацию влияет незначительно.

Действует жёсткая, близкая к военной, корпоративная этика - коллеги не выдают «своих», признание врачебной ошибки - редчайшее исключение. Инновации осуществляются путём длительной разработки и апробации в соответствующих профильных институтах министерства (институты и специализированные клиники по онкологии, кардиологии, ортопедии и травматологии и т.д.). Такая система является достаточно эффективной при ликвидации массовых эпидемиологических заболеваний, однако в случаях, когда требуется применять индивидуальные, нестандартные методики лечения, она начинает давать существенные сбои. При такой системе финансирования практически вычеркивается эффективная работа врачей – звена непосредственно оказывающего медицинскую помощь населению, отмечается недостаточность возможностей покрытия всех расходов на медицинскую помощь (для этого государственное финансирование должно увеличиться, как минимум, в 2 раза) встает вопрос о формах организации личных платежей населения за медицинскую помощь.

Платные услуги расширяют возможности оказания тех услуг, которые бюджетные учреждения не могут предоставить за счет налоговых средств, и в этой роли они способны повышать качество медицинской помощи. Платные услуги являются источником дополнительных средств для укрепления материально-технической базы учреждения, они учитываются в составе его бюджета и могут распределяться на выполнение уставных задач учреждения, а также стимулирование деятельности персонала. Но на практике влияние платных услуг на локальную эффективность определяется уровнем тарифов и порядком распределения средств полученных от платных услуг. Если тариф занижен, а персонал не получает адекватного вознаграждения (в большинстве российских регионов фонд оплаты труда планируется на уровне 20-25% и менее от цены платных услуг), то мотивация к оказанию платных услуг снижается. А, следовательно, не происходит реального повышения отдачи от вложенных ресурсов.

Переход от одной модели к другой требует изменения как ключевых рутин, определяющих специфику каждой модели, так и соответствующих методов управления, взаимодействия с пациентами и населением, с общественным мнением, с производителями лекарств и медицинского оборудования.

**1.2 Виды платных медицинских услуг и правовая основа их предоставления**

Финансовая необеспеченность российского здравоохранения определяет нарастание платности медицинской помощи. Население вынуждено платить за получаемое лечение, причем в нарастающих масштабах. Проведенные в последние годы исследования личных расходов населения на медицинскую помощь показывают, что объем этих расходов составляет 40-45 процентов от совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных). Более 50 процентов пациентов платят за лечение в стационарах, 30 процентов - за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65 процентов - за стоматологические услуги.

В соответствии с правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (далее Правила) одной из сторон в договоре является медицинское учреждение (лечебно-профилактическое учреждение, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, в том числе научно-исследовательские институты и государственные медицинские образовательные учреждения высшего профессионального образования). Другая сторона по договору - потребитель (гражданин, имеющий намерение заказать либо заказывающий платную медицинскую услугу для личных, семейных, домашних и иных нужд, несвязанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

В договоре на предоставление платных услуг с пациентом определяются цели, условия и сроки их получения, стоимость оказываемых услуг, гарантии, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Договором могут быть предусмотрены прочие условия. При подписании договора необходимо акцентировать внимание на всех положениях договора.

Потребители, пользующиеся платными услугами муниципального учреждения здравоохранения, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги. Потребители вправе предъявить требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с действующим законодательством.

При несоблюдении муниципальным учреждением здравоохранения обязательств по обеспечению качества и сроков исполнения платных услуг потребитель вправе по своему выбору потребовать:

* назначить новый срок оказания услуги;
* потребовать уменьшения стоимости услуги;
* потребовать исполнения услуги другим специалистом;
* расторгнуть договор и потребовать возмещения понесенных затрат.

Нарушение установленных договором сроков исполнения платных услуг должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в порядке и размере, определенном Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими учреждениями в виде:

* профилактической,
* лечебно-диагностической,
* реабилитационной,
* протезно-ортопедической,
* зубопротезной помощи.

Сторона по договору - медицинское учреждение вправе оказывать платные медицинские услуги населению только при наличии сертификата и лицензии на избранный вид деятельности. Если медицинское учреждение является государственным или муниципальным, то оно осуществляет деятельность по оказанию платных медицинских услуг по специальному разрешению. Правоотношения в сфере предоставления платных медицинских услуг регулируются:

* Гражданским кодексом Российской Федерации;
* Уголовным кодексом Российской Федерации;
* Законом Российской Федерации "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан";
* Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей";

Порядок регулирует вопросы, связанные с организацией работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи, и применяется при лицензировании медицинской деятельности в зависимости от видов работ (услуг), выполняемых индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами при осуществлении медицинской деятельности.

В договоре на предоставление платных услуг с пациентом определяются цели, условия и сроки их получения, стоимость оказываемых услуг, гарантии, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Договором могут быть предусмотрены прочие условия. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются с применением контрольно-кассовых машин или путем заполнения приходного ордера установленного образца, являющегося документом строгой отчетности. Медицинские учреждения обязаны выдать потребителю кассовый чек или корешок приходного ордера, подтверждающие прием наличных денег.

Контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг и услуг немедицинского характера, а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции органы управления здравоохранением и другие органы, на которые в соответствии с законодательством и иными нормативными актами Российской федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

И в заключении хотелось бы отметить, что договор по оказанию платных медицинских услуг полностью подпадает под действие Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей", согласно которому работы или услуги должны быть, прежде всего, безопасны для жизни и здоровья граждан. Если факт причинения вреда здоровью вследствие неправильно произведенных действий подтвержден результатом судебно- медицинской экспертизы или заключением лечащего врача, то, согласно статье 12 Закона, пациент имеет право требовать возмещения в полном объеме своих расходов. Сумма может включать возврат денег за некачественную услугу, расходы на лекарства и усиленное питание, необходимые для восстановления здоровья, оплату услуг специалистов, санаторное лечение, если оно необходимо по предписанию врача. Одно лишь условие: все эти расходы должны быть документально подтверждены, поэтому не выбрасывайте квитанции и чеки на оказанные услуги. Кроме того, пациент имеете право потребовать возмещения морального вреда, как компенсацию нравственных и физических страданий.

**1.3 Бюджетный учет и расходование средств, полученных учреждениями здравоохранения от оказания платных медицинских услуг**

Вопрос об учете средств, полученных бюджетными учреждениями от платных услуг и иной приносящей доход деятельности, неоднократно рассматривался в литературе. Тем не менее, какого-либо единообразия в решении данного вопроса до недавнего времени не существовало. Причиной тому послужили противоречия, уже изначально заложенные в Бюджетном кодексе Российской Федерации и создавшие тем самым благодатную почву для надзирающих органов в плане предъявления к финансовым органам как органам, организующим исполнение бюджета на том или ином уровне, предписаний и представлений о нарушении бюджетного законодательства.

При этом финансовые органы при всем своем желании не могли одновременно соблюсти все нормы законодательства, регулирующие данный вопрос, потому что исполнение одной нормы неизбежно приводило к нарушению другой.

При этом зачисление средств от предпринимательской деятельности в доход бюджета согласно статье 35 Бюджетного кодекса Российской Федерации, устанавливающей принцип общего (совокупного) покрытия расходов бюджета, никак не могло предполагать ни их увязки с расходами конкретного учреждения, ни самостоятельности в расходовании средств.

При разработке федерального закона «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации в части регулирования бюджетного процесса» в числе прочих ставилась и задача законодательного урегулирования вопроса учета доходов бюджетных учреждений от платных услуг и иной приносящей доход деятельности. В целях реализации реформы бюджетного процесса, реструктуризации бюджетного сектора и перехода к созданию организаций новых организационно-правовых форм вполне логичным и закономерным представлялось зачисление доходов от оказания учреждениями платных услуг в доход бюджета без целевой привязки этих доходов к расходам конкретного учреждения.

Однако в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона от 26.04.2007 №63-ФЗ и соответственно пункта 5 статьи 41 Бюджетного кодекса Российской Федерации данная норма начинает действовать со дня вступления в силу федерального закона, определяющего особенности использования бюджетными учреждениями средств от оказания платных услуг, безвозмездных поступлений от физических и юридических лиц, международных организаций и правительств иностранных государств, в том числе добровольных пожертвований, и средств от иной приносящей доход деятельности. При этом до дня вступления в силу данного закона бюджетное учреждение на основании закона (решения) о бюджете вправе использовать на обеспечение своей деятельности полученные средства на основании генерального разрешения главного распорядителя бюджетных средств, в котором указываются источники образования и направления использования средств от приносящей доход деятельности и устанавливающие их нормативные правовые акты Российской Федерации и субъектов Российской Федерации (муниципальные правовые акты), а также положения устава бюджетного учреждения.

В статье 5 Федерального закона № 63-ФЗ также предусмотрено, что бюджетное учреждение осуществляет операции с указанными средствами в установленном финансовым органом порядке, в соответствии со сметой доходов и расходов, представляемой в орган, осуществляющий открытие и ведение лицевого счета бюджетного учреждения. Финансовый орган при этом вправе принимать решение об осуществлении операций с указанными средствами на счетах, открытых ему или Федеральному казначейству в учреждениях Центрального банка или кредитных организациях с учетом положений бюджетного законодательства.

Таким образом, из положений данного закона следует, что со дня вступления в силу соответствующего федерального закона средства от приносящей доход деятельности, по сути дела, выведены из состава доходов бюджета. При этом совершенно очевидно, что если в соответствии с законом (решением) о бюджете эти доходы не используются целевым образом бюджетными организациями, их получающими, то указанные доходы относятся к так называемым доходам общего покрытия, подлежат перечислению на счет бюджета и не могут быть направлены только на обеспечение деятельности этих учреждений.

С целью приведения процедур по исполнению бюджета в соответствие с новыми положениями, Бюджетный кодекс Российской Федерации в настоящее время Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным казначейством разработан целый ряд порядков, вступающих в действие с 1 января 2009 года. Часть из них уже утверждена соответствующими приказами, часть еще находится на рассмотрении. В частности процедуры кассового обслуживания операций со средствами, полученными бюджетными учреждениями от приносящей доход деятельности, закрепляются в разработанном Федеральным казначейством проекте Порядка кассового обслуживания исполнения федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов муниципальных образований и порядка осуществления органами Федерального казначейства отдельных функций финансовых органов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований по исполнению соответствующих бюджетов. Кроме того, сегодня уже утвержден и прошел процедуру регистрации в Минюсте Приказ Министерства финансов Российской Федерации «О Порядке осуществления федеральными бюджетными учреждениями операций со средствами, полученными от приносящей доход деятельности».

Система бухгалтерского учета бюджетных учреждений представляет собой совокупность правил, средств и методов учета хозяйственной деятельности бюджетных учреждений.

Основы бухгалтерского учета как бюджетных, так и коммерческих организаций закреплены в Федеральном законе от 21.11.1996 № 129-ФЗ «О бухгалтерском учете». Основные принципы учета (принцип двойной записи, принцип оценки и др.) едины для бухгалтерского учета организаций всех форм собственности. Однако система бухгалтерского учета бюджетных учреждений характеризуется наличием специальной нормативно-правовой базы: постановления Правительства Российской Федерации, инструкции, приказы, письма Министерства финансов Российской Федерации, Федеральной налоговой службы, Министерство труда Российской Федерации, указания Центрального Банка Российской Федерации относительно деятельности, порядка учета и налогообложения бюджетных учреждений. В отличие от бухгалтерского учета коммерческих организаций, где главной задачей отчетности является оценка их деятельности, отчетность бюджетных учреждений ориентирована, прежде всего, на контроль над деятельностью учреждений со стороны органов государственной власти.

Порядок зачисления и расходования доходов от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности устанавливается в нормативных актах органов местного самоуправления.

**2 Совершенствование финансирования учреждений здравоохранения за счет развития платных медицинских услуг населению**

Платные услуги являются источником дополнительных средств для укрепления материально-технической базы учреждения, они учитываются в составе его бюджета и могут распределяться на выполнение уставных задач учреждения, а также стимулирование деятельности персонала. Но на практике влияние платных услуг на локальную эффективность определяется уровнем тарифов и порядком распределения поступлений. Если тариф занижен, а персонал не получает адекватного вознаграждения, то мотивация к оказанию платных услуг снижается, а, следовательно, не происходит реального повышения отдачи от вложенных ресурсов.

Под эффективностью понимается: а) медико-экономическая результативность вложений, то есть качество медицинской помощи и влияние на показатели здоровья населения; б) локальная (техническая) эффективность на уровне отдельной медицинской организации, в) структурная эффективность, то есть способность обеспечивать более рациональную структуру оказания медицинской помощи.

Влияние неформальных соплатежей на медико-экономическую эффективность может быть позитивным (собственно, это главное ожидание тех, кто платит в карман врачу), но при этом связь между размером соплатежа и реальным улучшением качества искажается в силу непрозрачности сделки между врачом и пациентом и их разной способности оценивать природу полезности на единицу затрат. К тому же, ожидаемое повышение качества на единицу затрат не подлежит внешнему контролю – опять же как результат непрозрачности сделки.

Влияние платных услуг на структурную эффективность, часто носит негативный характер. Главная проблема состоит в том, что эти услуги выводятся из сферы коллективной закупки медицинской помощи и не подлежат управленческому контролю страховщика или иного органа, способного оптимизировать объем и структуру оказания медицинской помощи. Уровень госпитализации, ее длительность, число посещений врача при каждом заболеваний и многие другие важнейшие показатели структурной эффективности определяются преимущественно решениями самих медицинских организаций. Формы искусственного расширения объема платных услуг многообразны.

Наиболее распространенная и самая деструктивная для преобразования сети медицинских организаций – ослабление требований в отношении госпитализации платного пациента без необходимых для этого медицинских оснований (например, для проведения рутинных диагностических исследований и процедур). Это питает затратный механизм функционирования отрасли, ограничивает возможности вывода из системы излишних мощностей, малоквалифицированных врачей. Дополнительные затраты на содержание излишних мощностей перекладываются на плохо информированного пациента. Тем самым консервируется нерациональная структура оказания медицинской помощи. В этом случае больной вынужден покрывать стоимость медицинской помощи либо по рыночной цене, либо по регулируемой цене. В последнем случае возможен элемент солидарности за счет перекрестного субсидирования «платных» больных «бесплатными». Тарифы не покрывают полных затрат на оказание услуги, поэтому привлекаются поступления налоговых средств.

В реальной практике многое зависит от того, как реализуется функция закупки медицинской помощи. Можно утверждать, что введение соплатежей может дать реальный эффект только при условии системных изменений, затрагивающих все параметры функции закупки медицинской помощи. Для этого необходимо несколько условий, главное из которых – слияние в единый поток всех государственных средств, расходуемых на здравоохранение, то есть переход на принцип, известный в экономической литературе как «система одного покупателя медицинской помощи».

Для адекватного функционирования любой системы, имеющей в составе финансового обеспечения платные медицинские услуги, необходимо применять адекватные методики ценообразования. Используемые в муниципальных учреждениях здравоохранения методики ориентированы на частичное погашение затрат, понесенных при оказании услуги, и не имеют перспектив среднесрочного или долгосрочного планирования.

Для расчета тарифов на медицинские услуги для муниципальных учреждений здравоохранения необходима рентабельность не менее 20–25 процентов, которая определяется отношением прибыли к себестоимости.

Детализированный расчет услуг позволяет быстро реагировать на изменение затрат (например, в связи с инфляцией, ростом окладов, применением новых видов медикаментов и другими факторами). Информационную базу дает анализ, как по части эффективности использования трудовых и материальных ресурсов, так и по части эффективности организации самого процесса.

Иными словами, соплатеж – это форма соучастия государства и населения в покрытии расходов на медицинскую помощь. Соплатеж делается в момент потребления медицинской помощи. Этим он отличается от других форм соучастия населения в покрытии расходов на услуги – страхового взноса самих застрахованных в фонды обязательного медицинского страхования, а также приобретения полисов добровольного медицинского страхования. Последние представляют собой соплатежи страхового взноса на медицинское страхование (в дополнение к взносам работодателя и государства). Часть затрат на оказание медицинских услуг, как один из видов соплатежей, могут оплачиваться за счет предприятий города и области.

Только в системе интегрированных потоков средств из разных источников платежи населения могут стать объектом сильного управляющего воздействия в соответствии с приоритетами политики здравоохранения. Целесообразно взять курс на постепенное сокращение объема платных медицинских услуг, оказываемых бюджетными учреждениями, замену их формальными соплатежами населения - как относительно более справедливой и рациональной формой платежей за медицинскую помощь из личных средств.

**Заключение**

В настоящее время все существующие системы здравоохранения можно описать с помощью трех основных экономических моделей.

* платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
* государственная медицина с бюджетной системой финансирования;
* система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

В России создана система обязательного медицинского страхования по модели, близкой к той, которая идёт от германской реформы 80-х годов ХIX века, а основным направлением реформирования предлагается считать необходимость трансформировать механизмы реализации принципа солидарности в организации медицинского страхования.

Переход к децентрализованной схеме финансирования лечебно-профилактических учреждений не удался. Произошел возврат к бюджетной модели финансирования. Эта модель используется на территории России в настоящее время.

В бюджетной медицине стоимость услуг приравнивается к какому-либо нормативному показателю (показателям). В отечественном здравоохранении таким показателем - ключевой рутиной финансового планирования, является койко-место в лечебно-профилактическом учреждении, или количество человек в районе обслуживания. На основе данных показателей рассчитывается стоимость содержания бюджетной сети здравоохранения, к которой привязывается и количество врачей, и стоимость медикаментов, другие статьи затрат. Такая система расчета стоимости услуг не допускает точной оценки стоимости платных медицинских услуг, исключает среднесрочное и долгосрочное финансовое планирование.

Дополнительным источником поступления средств на содержание учреждений здравоохранения является деятельность по оказанию платных услуг населению. В условиях хронического недофинансирования отрасли, платные медицинские услуги являются значительным, едва ли не единственным источником покрытия убытков учреждений здравоохранения, и позволяют обеспечивать развитие материально-технической базы необходимой для обеспечения оказания качественных медицинских услуг. Платные услуги расширяют возможности оказания тех услуг, которые бюджетные учреждения не могут предоставить за счет бюджетного финансирования, и в этой роли они способны повышать качество и эффективность оказываемой медицинской помощи в целом.

**Литература**

1. Конституция (Основной закон) Российской Федерации : офиц. текст. – М.: Маркетинг, 2001. – 39 С.
2. Бабич А.М., Егоров Е.В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. - Казань, 2001. – с. 243.
3. Белов А.Н. Бухгалтерский учет в бюджетных учреждениях. [5-е изд., перераб. и доп.] - М.: Экзамен, 2007.– 144 С.
4. Белов А.Н. Бухгалтерский учет в учреждениях непроизводственной сферы.[ 2-е изд., перераб. и доп.]- М.: Финансы и статистика, 2005.- 210 С.
5. Бюджетная система Российской Федерации. Учебник / О.В. Врублевская и др.; О.В. Врублевской. – М.: Юрай- Издат, 2003. - 245 С.
6. Колеватова О.А. Бухгалтерский учет в бюджетных учреждениях. - М.: Бух. учет, 2005. – 214 С.
7. Кузина Е.Л. Бухгалтерский учет в бюджетных организациях: Учеб. - практич. пособие. - М.: ПРНОР, 2005. - 81 С.
8. Мурзаков А.П. Предпринимательская деятельность бюджетных учреждений // Журн. Финансы. - 2007. - № 1. – С. 14–19.
9. Стеценко С.Г. Медицинское право - М.: Юридический центр Пресс, 2004. - 450 С.
10. Стародубов В.И. Внебюджетная деятельность медицинских учреждений. – М.: ЮНИТИ, 2006. – 151 С.
11. Шевченко Ю.Л., Гуров А.Н. Экономика медицинского обеспечения. – СПб.: Наука, 2004. - 171 С.