**Содержание**

1. Виды внешнего и внутреннего финансового контроля, его значение в рыночной экономике

2. Обязательное медицинское страхование: проблемы и перспективы развития

Список литературы

**1. Виды внешнего и внутреннего финансового контроля, его значение в рыночной экономике**

Контроль - неотъемлемая часть системы регулирование, одна из форм обратной связи, благодаря которой субъект, управляющий системой, получает необходимую информацию о ее действительном состоянии, что позволяет ему правильно оценивать фактически сделанное, выявлять отклонения от цели и связанные с этим нежелательные последствия. Анализ результатов и контроля позволяет вскрыть раннее неизвестные возможности и резервы системы, эффективность использования ею управленческих решений. Получая такую информацию, субъект имеет все предпосылки для правильной оценки движения управляемой системы к поставленным целям и принятия необходимых корректирующих действий.

Финансовая система общества в целом и отдельные ее звенья - типичные сложные системы, управление которыми немыслимо без эффективного контроля. Управление финансовыми процессами, тесно связанными с производственными (экономическими) отношениями, оказывает непосредственное влияние на общественное производство, а значит, и на общественную жизнь. Это управление важно для всех составляющих финансовой системы - от финансов отдельных хозяйствующих субъектов до государственных финансов. Поэтому финансовый контроль, т.е. контроль за функционированием различных звеньев финансовой системы, объективно обусловлен потребностями общественной жизни.

Целью финансового контроля является вскрытие отклонений от принятых стандартов и нарушений принципов законности, эффективности и экономии расходования материальных ресурсов на возможно более ранней стадии, с тем, чтобы иметь возможность принять корректирующие меры, в отдельных случаях привлечь виновных к ответственности, получить компенсацию за причиненных ущерб ли осуществить мероприятия по предотвращению или сокращению таких нарушений в будущем.

Финансовый контроль объективно необходим в любом обществе , где существует товарно-денежные отношению Его роль велика и в обществе, в котором преобладает государственная собственность, управляемая административно-командными методами, но в демократическом обществе с рыночными формами хозяйствования она многократно возрастает. Это обусловлено рядом причин.

Прежде всего, рыночная экономика выдвигает на первое место достижение высокой эффективности хозяйственной деятельности. В связи с этим возрастает значение контроля над процессами формирования, сохранности, рационального использования финансовых и материальных ресурсов во всех звеньях экономической системы страны. Проведение контроля способствует повышению качества и эффективности финансово-хозяйственного управления.

Основным содержанием финансового контроля в условиях рынка являются обеспечение качества и эффективности финансово-хозяйственного управления, защита финансовых интересов всех субъектов хозяйствования и управления, государства в целом и его граждан; проверка соблюдения финансового законодательства субъектами финансовых отношений; укрепление финансовой системы страны, содействие проводимой государством единой финансовой, кредитной и денежной политике; выявление внутренних резервов использования финансовых ресурсов во всех сферах производства и распределения общественного продукта.

Негосударственный финансовый контроль подразделяется на внутренний (внутрифирменный, корпоративный) и внешний (аудиторский).

Государственный и негосударственный виды контроля, несмотря на схожесть методов, существенно отличаются конечными целями. Главная цель государственного контроля — максимизировать поступление ресурсов в казну и минимизировать государственные издержки управления, а негосударственного с (главным образом, внутрифирменного) — напротив, минимизировать свои отчисления в пользу государства и другие издержки с целью повышения нормы прибыли на вложенный капитал. И то же время обе сферы контроля ограничены правовыми рамками действующих законов.

Деление контроля на внутренний и внешний осуществляется по отношению к проверяемой организации и обычно не вызывает затруднений. Например, контроль со стороны руководства холдинга является внешним по отношению к дочерней компании, но внутренним, когда холдинг проверяется независимой аудиторской компанией. Внешний и внутренний финансовый контроль дополняют друг друга, в то же время существенно различаясь, а деятельность внешних контролеров во многом аналогична деятельности внутренних, поскольку идентичны как исходная информация, так и методы ее проверки и анализа.

Внешние контролеры сначала проверяют качество внутреннего контроля, затем используют в той или иной мере его результаты и планируют свою дальнейшую деятельность так, чтобы обеспечить разумный компромисс между качеством внешнего контроля и затратами на него. Чем выше качество внутреннего контроля, тем меньше затраты на внешний контроль. Подобный механизм действует в ГФК, в муниципальном контроле, в аудите, а в определенной степени - и в общественном контроле.

Блок ОДб (оценка достоверности бухгалтерской отчетности) обычно реализуется через внутренний контроль и внешний аудит (последний может отсутствовать, если аудит не является обязательным). К блоку ОДн (оценка достоверности налоговой отчетности) имеют отношение внутренний контроль, внешний аудит и контроль со стороны налоговых органов, однако если первых двух видов контроля нередко может и не быть, то третий применительно к налоговой отчетности присутствует всегда.

Видимо, не стоит возлагать во всех рассмотренных случаях большие надежды на внутренний контроль, т.к. он вряд ли будет выходить за рамки возложенных на него руководством предприятия функций. Невелики, по крайней мере, в ближайшее время контролирующие возможности распорядителей бюджетных средств и ведомственного ГФК — ввиду их явной слабости. Существенно выше возможности применительно к бухгалтерской отчетности у внешнего аудита и у вневедомственного ГФК, а применительно к налоговой - еще и у налоговых органов.

**2. Обязательное медицинское страхование: проблемы и перспективы развития**

Проблемы функционирования современной системы ОМС могут быть условно разделены на финансовые и организационные.

К основным ***финансовым проблемам*** можно отнести следующие.

1. Острейшая нехватка денежных средств в связи с отсутствием ощутимого экономического роста в стране и сохраняющимся остаточным принципом финансирования здравоохраненческой отрасли.

Доказано, что недостаточные объемы государственного финансирования здравоохранения приводят к ухудшению показателей здоровья населения, усилению неравенства между различными слоями населения в качестве и доступности медицинской помощи, приводит к обнищанию самых незащищенных слоев населения и резко снижает удовлетворенность населения медицинской помощью. Так, по результатам аудита Счетной палаты РФ выявлена зависимость между уровнем финансирования медицинской помощи и основными демографическими показателями (смертность трудоспособного населения, ожидаемая продолжительность жизни, младенческая смертность) [1].

По показателю расходов на медицинскую помощь на душу населения мы существенно отстаем не только от западных стран, но и от большинства стран Центральной и Восточной Европы, которые «стартовали» примерно в равных с нами условиях.

Объем государственных расходов в России на здравоохранение  в 2004 году составлял 2,9% в доле ВВП, в 2006 – 3,8%. Примерно на таком уровне приоритетности здравоохранения находятся развивающие страны со средним уровнем дохода  (Бразилия – 3,4%, Парагвай – 3,0%, Перу – 2,8%) [2]. Но в отличие от России, за эти деньги государство гарантирует там самый минимум – первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями, санитарные мероприятия и проч.). Хотя бы эти простейшие услуги там более или менее обеспечены средствами. А мы, финансируя здравоохранение, как в Латинской Америке, обещаем за эти деньги западноевропейский набор услуг. В результате человеку без денег фактически не гарантировано ничего.

2. Низкий тариф ЕСН в части средств на обязательное медицинское страхование работающего населения, поскольку величина этих отчислений не увязана со стоимостью «страхового года» работающего населения.

3. Недостаточное финансирование системы ОМС на страхование неработающего населения, которое имеет три основные причины:

- отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

- неисполнение закона о медицинском страховании администрациями субъектов РФ в части страховых взносов на неработающее население;

- непогашение сформировавшейся значительной финансовой задолженности по страховым взносам на неработающее население в ряде субъектов РФ.

4. Дефицит финансового покрытия территориальных программ ОМС. Данная причина связана с отсутствием сбалансированности финансовых возможностей системы ОМС и объемов медицинской помощи, включенных в Базовую (а, соответственно и в территориальные) программу обязательного медицинского страхования, ежегодно утверждаемую Правительством РФ. Программа основана на минимальном подушевом нормативе.

Согласно комплексной экспертной оценке уровня реализации территориальных программ в 2007 году (4) все субъекты РФ были разделены на 4 группы: 1 группа (соответствие показателей нормативам составляло 70-100%) – 9 субъектов РФ; 2 группа (соответствие – 50-69%) – 20 субъектов РФ; 3 группа (соответствие – 40-49%) – 34 субъекта РФ; 4 группа (соответствие менее 40%) – 24 субъекта РФ. Таким образом, доля субъектов Российской Федерации, в которых соответствие показателей реализации программ государственных гарантий в 2007 году было ниже 50% составляла 66,7% (68 субъектов из 87, включая Байконур).

5. Многоканальность финансирования медицинских организаций.

Многоканальность финансирования (ОМС, добровольное (дополнительное) медицинское страхование (ДМС), бюджет, платные медицинские услуги и т.д.) существенно снижает возможности контроля за использованием средств в ЛПУ и создает предпосылки для сговора. В такой ситуации личный интерес «медицинского руководителя» начинает превалировать над интересами отрасли, а коммерческие интересы страховщика, работающего в ОМС и ДМС одновременно, - над социальной значимостью «бесплатного» здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и  одинаково заинтересованными в получении «живых» денег. Данные нарушения чрезвычайно распространены.

6. Многовариантность и отсутствие унификации способов оплаты медицинской помощи на сегодня, оказываемой как в стационарных, так в амбулаторно-поликлинических учреждениях системы здравоохранения.

Сохраняющиеся затратные способы оплаты и оплата медицинской помощи по смете являются недопустимыми на сегодняшний день. Многовариантность способов оплаты служит значительным препятствием при проведении межтерриториальных взаиморасчетов между ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам за пределами территории их страхования.

7. Низкие тарифы оплаты медицинских услуг.

Структура тарифов в системе ОМС формируется исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая.

8. Отсутствие динамики в структуре расходов по основным видам медицинской помощи с сохранением наиболее затратных видов ее оказания.

Так в 2001 и 2007 годах структура расходов (в %) по основным видам медицинской помощи была следующей: скорая помощь – 5,5 и 7,2; амбулаторно-поликлиническая – 29,0 и 31,5; стационарная - 64,0 и 58,6; дневные стационары – 1,5 – 2,7 (соответственно) (4).

9. Отсутствие позитивных перемен в системе оплаты труда медицинских работников. Данная проблема порождает, в значительной степени, одну из важнейших негативных особенностей российского здравоохранения на сегодня - низкое качество оказания медицинской помощи в российском здравоохранении на сегодня. Прежде всего, это очень низкая заработная плата врачей и медсестер. Врачи в этой ситуации вынуждены набирать себе больше ставок, дежурств, работая на износ (коэффициент совместительства составляет в среднем 1,7). Им некогда думать о качестве услуг и удовлетворенности пациента. Хирург идет на операцию после суточного дежурства – это стало нормой, никто этого не запрещает.

Основные ***организационные проблемы*** в системе ОМС заключаются в следующем.

1. Структурный полиморфизм территориальных систем ОМС, затрудняющий управление обязательным медицинским страхованием, не позволяющий оптимизировать и унифицировать механизмы функционирования системы ОМС на территории Российской Федерации.

2. Отсутствие законодательного решения ряда проблем деятельности системы ОМС:

- определение и законодательное закрепление направлений модернизации системы ОМС на современном этапе;

- отсутствие законодательного закрепления государственных гарантий медицинской помощи населению и определения публичных обязательств в сфере здравоохранения;

- пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС;

-правовое обеспечение деятельности по защите прав застрахованных.

Наряду с указанными проблемами, требуют отдельного законодательного решения такие вопросы как:

- отдельное законодательство о добровольном медицинском страховании и платных медицинских услугах;

- обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

3. Отсутствие надлежащего государственного регулирования по основным направлениям деятельности страховой медицинской организации (СМО). Основные причины назревшей необходимости регулирования деятельности страховщика в системе ОМС следующие:

3.1. Выбор страховщика осуществляется работодателями и органами местной власти, а не самими застрахованными. Вопреки ожиданиям, многочисленные страховщики (сегодня их более 300) не стали информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных и не внесли сколько-нибудь существенного вклада в повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

3.2. В силу экономической привлекательности и отсутствия законодательного запрета на совмещения деятельности по обязательному (ОМС) и добровольному (ДМС) медицинскому страхованию одним субъектом, все крупнейшие страховщики осуществляют эти виды страхования одновременно. В результате возникает конфликт интересов между решением социальных задач и получением максимальной прибыли.

Следствием сращивания ОМС и ДМС в одной организации является дискредитация всего института независимого страхового контроля качества медицинской помощи в системе ОМС. Дело в том, что зачастую экспертизу обоснованности и правильности оказания тех или иных «платных» и «бесплатных» услуг осуществляет одно и то же лицо. Ясно, что будучи заинтересованным в получении страховой премии по ДМС, страховщик не будет объективно влиять на качество «бюджетных услуг» в лучшую сторону.

Таким образом, совмещение в одном лице услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию является одной из главных проблем медицинского страхования в целом. А корень этой проблемы – в единстве правового регулирования диаметрально противоположных видов страхования. Необходимо четкое законодательное разграничение ОМС и ДМС, вплоть до принятия отдельного закона «О добровольном медицинском страховании граждан».

3.3. Противоречиями в действующем законодательстве, а также тем, что законотворческий процесс формируется в пользу наиболее крупных игроков финансового рынка, объясняется следующий парадокс: на некоммерческое, социальное по сути, обязательное медицинское страхование распространяются принципы страховой ответственности, присущие частнопредпринимательской деятельности (Приказ Минфина РФ № 149-Н от 16.12.2005г.).Между тем, исходя из особенностей ОМС (социальная значимость, порядок сбора и определение размера страховых платежей, безрисковый характер страхования), повышенные требования к СМО, занимающимся исключительно ОМС, совершенно не оправданы. Повышение с 01 июля 2007 года требований к уставному капиталу СМО и размещению активов, принимаемых в его покрытие, привело к тому, что процесс устранения с рынка независимых страховщиков, специализирующихся исключительно на ОМС, стал необратимым. Уже давно в 76 субъектах РФ рынок ОМС характеризуется как высококонцентрированный, в трех субъектах – г. Санкт-Петербург, Московская и Свердловская области – умеренно концентрированный. Страховщиков же, для которых деятельность по ОМС является исключительной – практически не осталось.

Рынок ОМС в России контролируется незначительным числом крупнейших страховых компаний, хотя их участие в организации социальной защиты подчинено целям продажи иных страховых продуктов и обеспечения финансовой устойчивости своего холдинга за счет бюджетных средств. Сложившаяся монополизация явилась следствием мер исключительно административного характера, а не претензий граждан по поводу качества страхования.

***Перспективы развития*** ОМС и ДМС планируется реализовать по нескольким основным направлениям.

**1. Увеличение финансирования отрасли здравоохранения.**

В сценарии инновационного развития в условиях высоких темпов экономического роста ожидается значительное повышение не только государственных, но и частных расходов на здравоохранение. Расходы государства на здравоохранение к 2020 году увеличатся до 4,8% ВВП, частные расходы – до 1,1-1,5% ВВП. При этом дифференциация регионов по уровню финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней на душу населения сократится с 4-5 раз до 2 раз [5].

2. Пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС [3].

3. Формирование новых подходов для планирующегося значительного вброса денег в систему ОМС (увеличение % ВВП на здравоохранение, трансформация нацпроектов в долгосрочные программы, введение одноканального финансирования) и как один из наиболее реальных путей – введение накопительных счетов граждан России [3].

4. Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. При этом, ответственность за финансовое обеспечение финансовых обязательств государства в сфере здравоохранения возлагается на систему ОМС, в которой концентрируется большая часть финансовых ресурсов [5].

5. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС с ее финансовыми ресурсами.

Механизмы осуществления этого важного перспективного направления следующие:

- увеличение ставки ЕСН в части, зачисляемой в систему ОМС с учетом  стоимости «страхового года»  работающих граждан;

- отказ от регрессивной шкалы налогообложения фонда оплаты труда (ФОТ) налогоплательщика и переход к плоской шкале налогообложения фонда оплаты труда, независимо от размеров оплаты труда;

- установление четких требований к размеру и механизмам уплаты страховых взносов за неработающее население, вносимых из региональных бюджетов;

- установление единого порядка определения субсидий и дотаций регионам не только из средств ФОМС, но и федерального бюджета.

- увеличение доли государственного финансирования здравоохранения  в ближайшие годы не менее чем в 2,5 раза [6].

6. Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

-отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;

-переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощи (метод «зарабатывания»), не позволяющего достаточно четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты согласованных (планируемых) объемов медицинской помощи, сориентированных на конкретный результат по критериям доступности и качества оказанной МП;

- в первичной медико-санитарной помощи – сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи.

7. Повышение управляемости отрасли через систему ОМС.

В настоящее время обсуждается вопрос о возврате к практике заключения трехсторонних соглашений между Минздравсоцразвитием России, ФОМС и главами администраций субъектов РФ, что позволит оптимизировать направление субвенций территориям и возобновит управляемость отрасли через внебюджетную финансовую систему [3].

8. Осуществление действенного государственного регулирования платных медицинских услуг.

Государственное регулирование платных услуг предполагает осуществление следующих давно назревших действий:

-четкое определение перечня медицинских услуг, превосходящие медицинскую помощь в рамках  государственных гарантий, могут быть получены гражданами на платной основе. Во всех странах с развитым общественным здравоохранением население оплачивает часть стоимости медицинской помощи. Доля личных расходов в совокупных расходах на здравоохранение варьируется от 10 до 30% при среднем показателе 24%.  Напомним, что у нас этот показатель приближается к 50% - и это при значительно более низкой зарплате [2].

9. Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

В рамках нового законодательства по ОМС планируется предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это прежде всего форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования.В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС (общая для всего населения страны), то есть являются максимально солидарными и регулируемыми. Используемые в системе ОМС финансовые механизмы, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются и на дополнительные программы, делая их более доступными для населения.

Привлекательность дополнительной программы для населения зависит, во-первых, от четкости определения пакета дополнительных услуг, во-вторых, от соотношения размера уплачиваемого гражданином страхового взноса по этой программе и тех потенциальных затрат, которые он понесет в случае отсутствия страховки, проще говоря, – тех сумм, которые он потратит на получение платных услуг и приобретение лекарств в аптеке. Большое значение имеет также физическая доступность услуг, на которые имеет право застрахованный.

Дополнительные программы целесообразно формировать прежде всего по наиболее обременительным для семейных бюджетов видам медицинской помощи, например, лекарственной и стоматологической. Не только льготник, но и обычный гражданин может присоединиться к действующей программе льготного лекарственного обеспечения. Если развивать это обеспечение действительно по страховому принципу и с большим кругом участников (например, миллион человек застрахованных), то население получит право на пакет лекарственных средств стоимостью, как минимум, в 3-4 раза выше, чем размер страхового взноса.

**Список литературы**

1. Андреева О.В., Флек В.О., Соковникова Н.Ф. Анализ эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении Российской Федерации. Анализ м результаты. – М., ООО «Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006, 162 с.
2. Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А. и др. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы /Отв. редактор Шишкин С.В. WP1/2002/07 Независимый институт социальной политики.- М., ООО «Пробел – 2000», 2002г. 178 с.
3. Гришин В.В. Система ОМС работает без сбоев уже 15 лет. //Медицинский вестник №16 (443), 2 мая 2008 г. стр. 4
4. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации (проект) /Российское аграрное движение. Общероссийская общественная организация. – Электрон. дан. – М., 2007. – Режим доступа: http://www.webagro.net/news.php?id=72226&cat=stat – Российское аграрное движение.
5. Общественная палата Российской Федерации. Решения комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения. 2006 г. 72 стр.
6. Решетников А.В., Алексеева В.М., Е.Б. Галкин и др. Экономика здравоохранения. Учебное пособие для вузов. М., ООО «Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007, 271 с.
7. http://data.euro.who.int/hfadb/
8. Финансовый контроль Грачева Е.Ю. 2007.
9. Организация системы государственного финансового контроля: Бурцев В. – М.: Дашков и К. 2005