## СОДЕРЖАНИЕ

 ВВЕДЕНИЕ. ……...…………………………………………………………..2

I. ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ ФОНДЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

 1. ПЕНСИОННЫЙ ФОНД ………… ……………….………………………4

 2. ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ….. ……………………...10

 3. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ФОНД ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ….…. 13

 **4. Экономические внебюджетные фонд….………………. 14**

 **5. СТАТИСТИКА ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ……...……………... 18**

II. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

 МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАния

 1. Переход от бюджетной к страховой

 медицине: Идеология и цели

 реформирования здравоохранения……………………….24

 2. Практическое внедрение новой системы

 финансирования здравоохранения……….………………29

 3. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

 МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ………………………..………..39

 4. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

 МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ…………………………………42

 5. ПОРЯДОК НАЧИСЛЕНИЯ И ЛЬГОТЫ ……………………………...44

 6. ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ…..52

 7. ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ………………

 8. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ

 РЕСУРСОВ В ФИЛИАЛЕ ФОНДА ОМС г. РАДУЖНОГО… …….68

 ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………..………………………………………….………77

 Список литературы…………………………..………………………82

 **ПРИЛОЖЕНИЯ………………………………..…………………………….**

#

# ВВЕДЕНИЕ

 Государство, выражая интересы общества в различных сферах его жизнедеятельности, вырабатывает и осуществляет соответствующую политику (экономическую, социальную, экологическую, демографическую и другие). При этом в качестве средства взаимодействия объекта и субъекта используется финансово-кредитный и ценовой механизмы.

 Финансово-бюджетная система включает отношения по поводу формирования и использования финансов государства, которые накапливаются и формируются в бюджете и во внебюджетных фондах. Она призвана обеспечить эффективную реализацию социальных, экономических, оборонных и других функций государства. Изъятие государством в пользу общества определенной части Валового Внутреннего Продукта (ВВП) в виде обязательных взносов составляет сущность налогов.

Взносы осуществляют основные участники производства ВВП:

 - работники, своим трудом создающие материальные и нематериальные

 блага и получающие определенный доход.

 - хозяйствующие субъекты, владельцы капитала, действующие в сфере

 предпринимательства.

 Принципы налогообложения:

 - всеобщность;

 - справедливость;

 - определенность;

 - удобность;

 - сроки платежа;

 - способность к взиманию и удобства для плательщика;

 - обеспечение достаточности и подвижности налогов.

 Эти принципы учитывались при формировании новой налоговой политики России. В конце 1991 года был принят закон “Об основах налоговой системы России”. Налоговая система России представляет собой совокупность налогов (пошлин, сборов) и других платежей, взимаемых в установленном порядке с плательщиков.

 Внебюджетные фонды являются одним из звеньев государственных финансов. Фонды – это форма перераспределения и использования финансовых ресурсов, привлекаемых государством для финансирования некоторых общественных потребностей и комплексно расходуемых на основе оперативной самостоятельности.

 Внебюджетные фонды позволяют.

* влиять на процесс производства посредством финансирования, субсидирования и кредитования отечественных предприятий;
* обеспечивать природоохранные мероприятия, финансируя их за счет специально определенных источников и штрафов за загрязнение окружающей среды;
* оказывать социальные услуги населению путем выплаты пособий, пенсий, субсидирования и финансирования социальной инфраструктуры в целом;

предоставлять займы, в том числе зарубежным партнерам, включая иностранные государства.

#

# I. ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ ФОНДЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

#  Государственные финансы являются важнейшим средством перераспределения общественного продукта и части национального богатства. В основе их лежит система бюджетов: федеральные, субъектов федерации и местные. Отдельным элементом в систему государственных финансов являются внебюджетные фонды, главное назначение которых состоит в финансировании отдельных целевых мероприятий. Структура государственных финансов представлена на рис 1.

**Государственные финансы**

**Российской Федерации**

Целевые внебюджетные фонды

Государственный кредит

Государственный бюджет всех уровней

**Социальные фонды**

Экономические фонды

Социальные фонды

# Рис. 1. Структура государственных финансов

# 1. ПЕНСИОННЫЙ ФОНД

 Пенсионный фонд России (ПФР) является самостоятельным финансово-кредитным учреждением, подотчетным Правительству РФ и осуществляющим свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Основным документом, регламентирующим его деятельность, является Положение о Пенсионном фонде России, утвержденное Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 27.12.91 № 2122-1, в соответствии с пунктом 3 которого ПФР обеспечивает контроль (с участием налоговых органов) за своевременным и полным поступлением в ПФР страховых взносов [20].Постановлением ВС РФ от 11.02.93 № 4460-1 предусмотрено, что вновь созданные предприятия, учреждения и организации регистрируются в качестве плательщиков страховых взносов в тридцатидневный срок со дня их учреждения. Банки открывают расчетные и иные счета при предъявлении предприятиями, учреждениями и организациями документа, подтверждающего регистрацию в качестве плательщиков страховых взносов. За нарушение порядка регистрации к плательщикам взносов применяются финансовые санкции в виде взыскания 10 % причитающихся к уплате сумм страховых взносов [14]. Постановлением ВС РФ от 10. 07.92 № 3256-1 предусмотрено, что платежи в государственные внебюджетные фонды, включая ПФР, производятся в первоочередном порядке, независимо от поступления в банк расчетных документов или наступления сроков платежей. Тот же порядок осуществления платежей в Пенсионный Фонд РФ сохранен Указом Президента РФ от 23.05.94 № 1005, но с учетом календарного поступления документа в банк [11, 15]. Страховые взносы в Пенсионный Фонд РФ не являются налоговыми платежам, поэтому размер взносов, плательщики, порядок оплаты, льготы и штрафные санкции устанавливаются специальным (неналоговым) законодательством. Поэтому, в частности, к взносам в Пенсионный Фонд РФ не могут применяться нормы закона РФ “Об основах налоговой системы в РФ” и иных законодательных актов о налогах.

Страховой тариф взносов в Пенсионный Фонд РФ, круг плательщиков, а также льготы отдельным категориям плательщиков установлены Федеральным законом РФ от 20.11.99 № 197-Ф3 [1]. В соответствии с ним страховой тариф взносов в Пенсионный Фонд РФ установлен в следующих размерах:

 а) для работодателей - организаций - в размере 28 процентов;

 для работодателей - организаций, занятых в производстве сельскохозяйственной продукции, - в размере 20,6 процента выплат в денежной и (или) натуральной форме, начисленных в пользу работников по всем основаниям независимо от источников финансирования, включая вознаграждения, выплачиваемые работникам и иным физическим лицам, за исключением индивидуальных предпринимателей, по договорам гражданско - правового характера, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, а также по авторским договорам;

 для работодателей - организаций, использующих труд членов летных экипажей воздушных судов гражданской авиации, - сверх предусмотренного абзацем первым настоящего пункта основного тарифа дополнительный тариф в размере 14 процентов выплат, начисленных в пользу членов летных экипажей воздушных судов гражданской авиации по всем основаниям независимо от источников финансирования, включая вознаграждения по договорам гражданско - правового характера, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг. Установить, что страховые взносы по дополнительному тарифу для работодателей - организаций, использующих труд членов летных экипажей воздушных судов гражданской авиации, считаются уплаченными только при условии уплаты в полном объеме страховых взносов по основному тарифу за отчетный период и отсутствия просроченной задолженности по страховым взносам за предшествующие периоды;

 б) для индивидуальных предпринимателей, в том числе для иностранных граждан, лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации, частных детективов и занимающихся частной практикой нотариусов, - в размере 20,6 процента дохода от предпринимательской либо иной деятельности за вычетом расходов, связанных с его извлечением;

 для индивидуальных предпринимателей, применяющих упрощенную систему налогообложения, - в размере 20,6 процента доходов, определяемых исходя из стоимости патента.

 Индивидуальные предприниматели, в том числе иностранные граждане, лица без гражданства, проживающие на территории Российской Федерации, частные детективы и занимающиеся частной практикой нотариусы, осуществляющие прием на работу по трудовому договору или выплачивающие вознаграждения по договорам гражданско - правового характера, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, а также по авторским договорам, уплачивают страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации в размере 28 процентов выплат в денежной и (или) натуральной форме, начисленных в пользу работников и иных физических лиц, за исключением индивидуальных предпринимателей, по всем основаниям независимо от источников финансирования;

 в) для родовых, семейных общин коренных малочисленных народов Севера, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования, и крестьянских (фермерских) хозяйств - в размере 20,6 процента выплат в денежной и (или) натуральной форме, начисленных в пользу членов родовых, семейных общин коренных малочисленных народов Севера, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования, и крестьянских (фермерских) хозяйств по всем основаниям независимо от источников финансирования.

 Родовые, семейные общины коренных малочисленных народов Севера, занимающиеся традиционными отраслями хозяйствования, крестьянские (фермерские) хозяйства, осуществляющие прием на работу по трудовому договору или выплачивающие вознаграждения по договорам гражданско - правового характера, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, уплачивают страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации в размере 20,6 процента выплат в денежной и (или) натуральной форме, начисленных в пользу работников и иных физических лиц, за исключением индивидуальных предпринимателей, по всем основаниям независимо от источников финансирования;

 г) для адвокатов - в размере 20,6 процента выплат, начисленных в пользу адвокатов;

 д) для граждан (физических лиц), осуществляющих прием на работу по трудовому договору или выплачивающих вознаграждения по договорам гражданско - правового характера, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, а также по авторским договорам, - в размере 28 процентов выплат в денежной и (или) натуральной форме, начисленных в пользу работников и иных физических лиц, за исключением индивидуальных предпринимателей, по всем основаниям независимо от источников финансирования;

 е) для граждан (физических лиц), работающих по трудовым договорам или получающих вознаграждения по договорам гражданско - правового характера, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, а также по авторским договорам, - в размере 1 процента выплат, начисленных в пользу указанных граждан по всем основаниям независимо от источников финансирования.

 От уплаты страховых взносов в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Государственный фонд занятости населения Российской Федерации и в фонды обязательного медицинского страхования освобождаются:

 а) организации любых организационно - правовых форм в части выплат, начисленных по всем основаниям независимо от источников финансирования, включая вознаграждения по договорам гражданско - правового характера, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, в пользу работников, являющихся инвалидами I, II и III групп и получающих пенсии по инвалидности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

 б) общероссийские общественные организации инвалидов (в том числе созданные как союзы общественных организаций инвалидов), среди членов которых инвалиды и их законные представители (один из родителей, усыновителей, опекун, попечитель) составляют не менее 80 процентов, их региональные и территориальные организации, а также организации (если численность инвалидов среди их работников составляет не менее 50 процентов, а их доля в фонде оплаты труда - не менее 25 процентов), уставный капитал которых полностью состоит из вкладов указанных общественных организаций, и организации, единственным собственником имущества которых являются указанные общественные организации;

 в) индивидуальные предприниматели, в том числе иностранные граждане, лица без гражданства, проживающие на территории Российской Федерации, частные детективы и занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, являющиеся инвалидами I, II и III групп и получающие пенсии по инвалидности в соответствии с законодательством Российской Федерации, в части доходов от их деятельности.

В соответствии с Порядком уплаты страховых взносов работодателями и гражданами в Пенсионный Фонд РФ, страховые взносы начисляются на все те виды оплаты труда (в денежном или натуральном выражении, по всем основаниям), из которых исчисляется пенсия, в том числе на вознаграждение за выполнение работ по договорам подряда и поручения. Статьей 100 Закона “О государственных пенсиях в РСФСР” установлено, что в составе заработка, из которого исчисляется пенсия, учитываются все виды вознаграждений за работу (службу), включая оплату за сверхурочную работу, за работу в выходные дни и за совместительство, кроме всякого рода выплат единовременного характера (компенсация за неиспользованный отпуск, выходное пособие при увольнении и др.) [2].

 Следует учитывать, что страховые взносы в Пенсионный Фонд РФ начисляются только на те виды премий, которые предусмотрены действующими системами оплаты труда на данном предприятии, в учреждении и организации независимо от периодичности их выплаты. Предусмотренными системой оплаты труда считаются премии за трудовые результаты, которые установлены и выплачиваются на основании соответствующих нормативных актов, а также положений о премировании, принимаемых предприятиями в рамках коллективных договоров.

 Сроки уплаты страховых взносов определены в п.4 Порядка уплаты страховых взносов:

- работодатели уплачивают страховые взносы один раз в месяц - в срок, установленный для получения оплаты труда за истекший месяц. В таком же порядке работодатели начисляют и удерживают страховые взносы с работников, включая работающих пенсионеров. Конкретный срок указывается в заявлении страхователя при регистрации и выдаваемом ему извещении уполномоченным Пенсионным Фондом РФ по городу, району. Работодатели представляют в банк платежные поручения на перечисление страховых взносов одновременно с платежным поручением на выплату заработной платы. Уплата страховых взносов должна быть произведена не позднее 15 числа месяца, следующего за месяцем, за который начислены страховые взносы. Работодатели, не имеющие счетов в учреждениях банков, а также выплачивающие суммы на оплату труда из выручки от реализации продукции, выполнения работ и оказания услуг, уплачивают страховые взносы до 10 числа месяца, следующего за месяцем, за который начислены страховые взносы;

-предприниматели, осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица, уплачивают страховые взносы с тех видов доходов и в те сроки, которые определены для этой категории работающих граждан законодательством РФ о подоходном налоге с физических лиц, т.е. по одной трети годовой суммы взносов к 15 июля, 15 августа и 15 ноября;

- крестьянские (фермерские) хозяйства, родовые, семейные общины малочисленных народов Севера, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования, уплачивают страховые взносы в порядке, определенном Постановлением Совета Министров - Правительства РФ от 11.10.93 № 1020 с доходов, полученных за истекший календарный год, не позднее 1 апреля последующего года [16];

- граждане, использующие труд наемных работников в личном хозяйстве, уплачивают страховые взносы ежемесячно до 5-го числа месяца, следующего за месяцем выплаты заработка.

 По истечении установленных сроков невнесенная сумма считается недоимкой и взыскивается в бесспорном порядке с начислением пени независимо от причины, по которой плательщик не имел возможности своевременно ее перечислить.

**2. ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ**

Фонд социального страхования РФ создан 1 января 1991 года в соответствии с постановлением Совета министров РФ от 25.12.90 № 600 “О совершенствовании управления и порядка финансирования расходов на социальное страхование трудящихся в РСФСР”. В настоящее время Фонд социального страхования РФ является самостоятельным государственным финансово-кредитным учреждением. Денежные средства фонда не входят в состав бюджетов РФ, других фондов и изъятию не подлежат. Управление Фондом социального страхования РФ осуществляется Правительством РФ. Фонд социального страхования РФ осуществляет свою деятельность на основании Положения о фонде социального страхования РФ, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 12.02.94 № 101 [23], и состоит из: региональных отделений, центральных отраслевых отделений и филиалов отделений.

Фонд социального страхования – централизованный фонд денежных ресурсов общегосударственного назначения, распределяемых как в территориальном, так и в отраслевом разрезе. Средства фонда предназначены для выплаты различных пособий, финансирования санаторно-курортного обслуживания трудящихся, материального обеспечения деятельности профсоюзов, направленной на защиту интересов трудящихся.

 Страховой тариф взносов в Фонд социального страхования РФ был установлен для предприятий, организаций, учреждений и других хозяйствующих субъектов в размере 5,4% по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям. В соответствии со ст.237 КЗоТ РФ взносы на государственное социальное страхование уплачиваются предприятиями, учреждениями, организациями, отдельными гражданами, использующими труд наемных работников в личном хозяйстве, а также работниками из своего заработка. Размер взносов в Фонд социального страхования РФ установлен законом только по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям. В соответствии со статьями 77-100 КЗоТ РФ под оплатой труда по всем основаниям понимаются выплаты в денежной и натуральной форме трудящимся за выполнение работы в порядке трудовых отношений, т.е. отношений, регулируемых трудовым законодательством, в частности ст.15 КЗоТ РФ, подразумевающей наличие трудового договора (контракта) между трудящимся и работодателем [3].

 Плательщиками взносов в Фонд социального страхования РФ в соответствии с Постановлением Правительства от 06.10.94 №1139 являются также крестьянские (фермерские) хозяйства и родовые (семейные) общины малочисленных народов Севера [17].

В соответствии с федеральным законом [1] страховые взносы начисляются на все виды оплаты труда (в денежном и натуральном выражении по всем основаниям), за исключением видов заработной платы и других выплат, на которые по действующим нормативным актам страховые взносы не начисляются. Крестьянские (фермерские) хозяйства, родовые (семейные) общины малочисленных народов Севера на основании Постановления Правительства РФ от 06.10.94 №1139 [17] уплачивают страховые взносы в Фонд социального страхования РФ с сумм доходов, полученных за истекший календарный год. Доходы определяются как разность между совокупным годовым доходом, полученным в целом по хозяйству, и документально подтвержденными расходами, связанными с извлечением этого дохода. Учет расчетов со страхователями осуществляется по расчетной ведомости (форма №4-Фонд социального страхования РФ), утвержденной Правлением Фонда социального страхования РФ и Министерством финансов РФ.

 Сроки уплаты страховых взносов в Фонд социального страхования РФ регулируются п.1.3 Инструкции, а также п.1 Постановления Правительства РФ от 06.10.94 №1139 [17] бюджетные учреждения и организации уплачивают страховые взносы один раз в месяц - в срок, установленный для выплаты заработной платы за вторую половину месяца, все предприятия и не бюджетные организации уплачивают страховые взносы два раза в месяц - в сроки, установленные для получения заработной платы как за первую, так и за вторую половину месяца, лица, нанимающие отдельных граждан по договорам, уплачивают страховые взносы ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за месяцем выплаты заработной платы, крестьянские (фермерские) хозяйства и родовые (семейные) общины малочисленных народов севера с 01.01.95 г уплачивают страховые взносы один раз в год не позднее 1 апреля следующего года.

Начиная с 1993 г. и по настоящее время от уплаты страховых взносов в Фонд социального страхования РФ освобождаются общественные организации инвалидов, находящиеся в собственности этих организаций предприятия, объединения и учреждения, созданные для осуществления их уставных целей.

 В соответствии со ст. 2 Федерального закона РФ от 27.10.94 № 29-ФЗ “О внесении изменений и дополнений в отдельные законы РФ о налогах и об особенностях порядка отчислений в отдельные внебюджетные фонды с 1 января 1994г» [4] при проведении избирательных кампаний в Федеральное Собрание РФ, представительские и исполнительные органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления страховые взносы в Фонд социального страхования РФ не начисляются на средства аналогично взносам в Пенсионный фонд.

 От уплаты страховых взносов в Фонд социального страхования РФ по денежному довольствию военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и федеральных органов налоговой полиции освобождены: Министерство обороны РФ, Министерство внутренних дел РФ, Федеральная служба контрразведки РФ, Федеральная пограничная служба - Главное командование пограничных войск, Федеральное агентство правительской связи и информации, Служба внешней разведки РФ, Главное управление охраны РФ, Служба безопасности Президента РФ, другие воинские формирования РФ и Департамент налоговой полиции.

 Основной объем расходов фонда приходится на выплаты пенсий и пособий. В 1997 г. доля выплат пенсий и пособий Фонда социального страхования составила 73,4% общего объема расходов фонда.

 За счет средств Фонда социального страхования осуществляются выплаты следующих видов пособий:

**-** пособие по временной нетрудоспособности;

**-** пособие по беременности и родам;

**-** пособие на рождение ребенка;

**-** пособие на детей малообеспеченным семьям;

**-** пособие по уходу за ребенком до достижения им определенного возраста;

**-** пособие на погребение.

 Размер пособий устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

 Расходы Фонда социального страхования по санаторно-курортному обслуживанию трудящихся обусловлены выделением средств для приобретения трудящимися на льготных условиях или бесплатно путевок в санатории, пансионаты, дома отдыха, турбазы, лагеря отдыха для детей. Доля расходов на санаторно-курортное лечение в общих расходах фонда составила в 1997 г. 21,3%. Этот вид расходов является в современной обстановке особенно социально значимым, так как в связи с ростом стоимости жизни многие семьи не могут приобрести за полную стоимость путевки для отдыха и лечения.

#

# 3. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ФОНД ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Государственный фонд занятости населения РФ образован в 1991 г. в соответствии с законом РФ от 19.04.91 №1032-1 “О занятости населения в РФ” и является государственным внебюджетным фондом, предназначенным для финансирования мероприятий, связанных с реализацией государственной политики занятости населения.

 Государственный фонд занятости населения РФ является финансовой базой деятельности служб занятости, которые занимаются вопросами, связанными с реализацией мероприятий по обеспечению занятости населения.

 Государственная служба занятости решает задачи:

 **•** обеспечения профессионального переобучения и переподготовки кадров;

 **•** организации и содержания бирж труда;

 • материальной поддержки безработных и т.д.

 Деятельность Государственного фонда занятости населения РФ регулируется названым законом и Положением о государственном фонде занятости населения РФ, утвержденным постановлением ВС РФ от 08.06.93 № 5132-1 [21]. Государственный фонд занятости населения РФ образуется за счет: обязательных страховых взносов работодателей, обязательных страховых взносов с заработка работающих и ассигнований из республиканского и местных бюджетов РФ.

Основным источником поступлений Государственного фонда занятости населения являются обязательные отчисления работодателей (предприятий, учреждений, организаций независимо от форм собственности и сфер деятельности). В 1997 г. этот вид поступлений составил 90,3% общего объема поступлений в Фонд занятости.

 Дополнительными источниками средств Фонда занятости могут быть поступления из Федерального и местных бюджетов, а также добровольные поступления – взносы отечественных и иностранных предприятий, общественных организаций, граждан и т.д. Доля поступлений фонда за счет Федерального бюджета в 1997 г. составила всего 2,7% общего объема поступлений.

 В соответствии с нормативными документами тариф взносов в Государственный фонд занятости населения РФ для работодателей - предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйствующих субъектов установлен в размере 1,5% по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям. Плательщиками взносов являются только работодатели - предприятия, организации, учреждения и иные хозяйствующие субъекты. Не являются плательщиками взносов граждане, использующие труд наемных работников в личном хозяйстве, граждане-предприниматели и другие категории граждан, на являющиеся работодателями. Плательщиками взносов в Государственный фонд занятости населения РФ являются также крестьянские (фермерские) хозяйства и родовые (семейные) общины малочисленных народов Севера.

 1. От уплаты страховых взносов в Государственный фонд занятости населения РФ освобождены:

 а) Общественные организации инвалидов.

 б) Религиозные объединения. Религиозным объединением является добровольное объединение не менее 10 совершеннолетних граждан, образованное в целях совместного осуществления права граждан на свободу вероисповеданий и зарегистрированное органами Минюста РФ. Доходы от производственной деятельности религиозной организации могут использоваться только для выполнения уставных задач.

 в) Предприятия, объединения и учреждения, находящиеся в собственности указанных организаций, созданные для осуществления их уставных целей.

 2. При проведении избирательных кампаний в Федеральное Собрание РФ, представительные и исполнительные органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления страховые взносы в Государственный фонд занятости населения РФ не начисляются на средства аналогично взносам в Пенсионный фонд.

 3. Страховые взносы в Государственный фонд занятости населения РФ не начисляются на фонд оплаты труда иностранных физических лиц, привлекаемых на период реализации целевых социально-экономических программ (проектов) аналогично взносам в Пенсионный фонд.

 4. От уплаты страховых взносов в Государственный фонд занятости населения РФ по денежному довольствию военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава освобождены те же министерства и ведомства, что и от платежей Фонд социальной защиты.

Тариф страховых взносов установлен по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям. Крестьянские (фермерские) хозяйства, родовые (семейные) общины малочисленных народов Севера на основании Постановления Правительства РФ от 06.10.94 №1139 [17] уплачивают страховые взносы в Государственный фонд занятости населения РФ с сумм доходов, полученных за истекший календарный год. Доходы определяются как разность между совокупным годовым доходом, полученным в целом по хозяйству, и документально подтвержденными расходами, связанными с извлечением этого дохода.

 Сроки уплаты страховых взносов в Государственный фонд занятости населения РФ для работодателей законодательством не установлены. Поскольку срок уплаты взносов в Государственный фонд занятости населения РФ должен быть установлен законодательным актом, неуплата своевременно начисленных и отраженных по кредиту счета 69 страховых взносов в Государственный фонд занятости населения РФ не является основанием для применения штрафных санкций [21].

 Крестьянские (фермерские) хозяйства и родовые (семейные) общины малочисленных народов Севера с 1 января 1995 года уплачивают страховые взносы один раз в год не позднее 1 апреля следующего года [17].

**4. Экономические внебюджетные фонды**

***Российский фонд технологического развития и отраслевые внебюджетные фонды НИОКР***

 Вышеуказанные внебюджетные фонды создаются в соответствии с Указом Президента РФ «О неотложных мерах по сохранению научно-технического потенциала РФ» от 27.04.92 №426. В Постановлении Правительства РФ от 12.04.94 г. № 315 «О порядке образования и использования отраслевых и межотраслевых внебюджетных фондов научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ» установлено, что в федеральных министерствах и иных федеральных органах исполнительной власти, а также в корпорациях, концернах и ассоциациях, осуществляющих деятельность по разработке, финансированию и реализации комплексных программ и целевых научно-технических программ и НОКР, действуют отраслевые и межотраслевые фонды НИОКР [12,19].

 Внебюджетные фонды не наделяются правами юридических лиц и действуют от имени федеральных министерств, иных федеральных органов исполнительной власти и объединений, в которых они образованы. Внебюджетные фонды формируются за счет ежеквартальных добровольных отчислений предприятий и организаций независимо от форм собственности в размере 1,5 % от себестоимости реализуемой продукции, а суммы отчислений включаются предприятиями в себестоимость продукции. Для осуществления операций, связанных с поступлением и расходованием средств внебюджетных фондов, получателям (министерствам, иным федеральным органам власти, организациям, корпорациям) открываются в банках депозитные счета.

 Министерство науки и технической политики РФ осуществляет регистрацию внебюджетных фондов в порядке, определяемом совместно с Министерством финансов РФ, ведет реестр внебюджетных фондов. Положение о Российском фонде технологического развития утверждается Министерством науки и технической политики РФ с учетом постановления Правительства от 12.04.94 № 315. Положение о внебюджетном фонде утверждается федеральным министерством, иным федеральным органом исполнительной власти или объединением, в котором образуется внебюджетный фонд, с учетом указанного постановления и по согласованию с Министерством науки и технической политики РФ.

 Средства внебюджетных фондов направляются на финансирование НИОКР по созданию новых видов наукоемкой продукции, сырья и материалов; разработке новых и совершенствованию применяемых технологий, мероприятия по повышению технического уровня продукции; работ по стандартизации, сертификации и лицензированию продукции, а также в области охраны труда и техники безопасности; разработке нормативных и конструктивных материалов и др. Эти средства могут размещаться на депозитных счетах в банках. В данном случае полученные доходы в виде процентов облагаются налогом на прибыль по установленной ставке, а оставшаяся часть направляется на увеличение средств соответствующих фондов. Запрещается направлять средства внебюджетных фондов на проведение коммерческих операций. Выделение средств из внебюджетных фондов осуществляется на договорной основе.

 Ответственность за целевое использование средств внебюджетных фондов возлагается на руководителей федеральных министерств, иных федеральных органов исполнительной власти, в которых образованы внебюджетные фонды. Информация о финансовом состоянии внебюджетного фонда не составляет коммерческую тайну. Контроль за целевым использованием средств внебюджетных фондов осуществляют Министерство науки и технической политики РФ и Министерство финансов РФ. В случае не целевого использования расходования средств они имеют право отменить регистрацию внебюджетного фонда и исключить его из реестра. После устранения выявленных нарушений и их последствий регистрация может быть возобновлена.

*Государственный внебюджетный фонд воспроизводства*

 *минерально-сырьевой базы*

 Действует в соответствии с Положением о фонде, утвержденным постановлением Верховного Совета РФ от 25.04.93 г. № 4546-1. Средства фонда формируются за счет отчислений на воспроизводство минерально-сырьевой базы, которые производят субъекты предпринимательской деятельности независимо от форм собственности, в том числе юридические лица и граждане других государств, осуществляемые добычу полезных ископаемых на территории России, ее континентального шельфа и морской исключительной экономической зоны.

 Объектом налогообложения при определении отчислений на воспроизводство минерально-сырьевой базы является стоимость реализованного сырья или реализованной продукции, полученных из полезных ископаемых, добытых предприятиями, за вычетом налога на добавленную стоимость, акциза. До утверждения в установленном порядке налоговых ставок применяются ставки отчислений на восстановление минерально-сырьевой базы согласно Положению о фонде.

 Ежегодно до начала следующего календарного года Роскомнедра представляет Минфину России и Госналогслужбе РФ уточненные сведения о размерах отчислений на воспроизводство минерально-сырьевой базы для конкретных мероприятий. По истечении календарного года производится уточнение суммы отчислений на финансирование геологоразведочных работ с зачислением неиспользованных или использованных не по назначению средств в федеральный бюджет. В соответствии со статьей 40 Закона РФ «О недрах» освобождаются от уплаты в бюджет отчислений на воспроизводство минерально-сырьевой базы следующие категории пользователей:

* собственники, владельцы земельных участков, осуществляющие в установленном порядке добычу общераспространенных полезных ископаемых на принадлежащем или арендуемом ими земельном участке непосредственно для своих нужд;
* пользователи недр, ведущие региональные геолого-физические работы, геологическую съемку, другие геологические работы, направленные на общее изучение недр;
* пользователи недр, получившие участки для образования особо охраняемых геологических объектов, имеющих научное, культурное, эстетическое, санитарно-оздоровительное и иное значение (заказники, заповедники и т.д.).

 Сумма отчислений на воспроизводство минерально-сырьевой базы определяется плательщиком самостоятельно, исходя из облагаемого оборота по реализации продукции, полученной из полезных ископаемых и предусмотренных ставок. Датой совершения оборота по реализации продукции, полученной из полезных ископаемых, считается день поступления средств за реализованную продукцию на счета предприятий в учреждения банков. В тех случаях, когда у плательщика метод определения выручки от реализации установлен по мере отгрузки, датой совершения оборота считается день отгрузки и предъявления покупателю расчетных документов.

 Суммы отчислений, а также суммы фактического финансирования за счет собственных средств недропользователей включаются в себестоимость добычи полезных ископаемых.

***Фонд инвестирования жилищного строительства***

 Субъекты Федерации и местные органы самоуправления создают региональные внебюджетные (экономические) фонды. На основе Указа Президента РФ «О разработке и внедрении внебюджетных форм инвестирования жилищного строительства» от 24.12.94 г. формируются внебюджетные фонды развития жилищной сферы [13]. Правительство РФ утвердило примерный порядок создания и использования региональных (местных) внебюджетных фондов развития жилищного строительства [22]. Основными задачами региональных (местных) внебюджетных фондов развития жилищного строительства являются: создание условий для привлечения внебюджетных источников финансирования жилищной сферы; эффективное использование средств на формирование рынка жилья; содействие развитию производственной базы домостроения.

 Средства фондов формируются за счет добровольных взносов юридических лиц, граждан, целевых кредитов под гарантию органов местного самоуправления, дивидендов от операций с ценными бумагами, приобретенными на временно свободные средства фонда, платы за инжиниринговые, информационные и другие услуги, оказываемые службой фонда. Из фондов финансируются строительство жилья и объекты социальной инфрастуктуры, строительство и ремонт ЖКХ, социальная поддержка малоимущим группам населения для оплаты строительства и содержания жилья.

***Дорожный фонд***

 Деятельность дорожных фондов регламентируется Законом РФ «О дорожных фондах в РФ» от 18.10 91 г [5] Данный закон предусматривает образование финансовых ресурсов для содержания и устойчивого развития сети автомобильных дорог общего пользования (внегородских автомобильных дорог) и определяет общие правовые основы создания дорожных фондов соответствующих органов государственной власти, назначение и использование этих фондов, источники средств, поступающих в них. Финансирование затрат, связанных с содержанием, ремонтом, реконструкцией и строительством автомобильных дорог общего пользования осуществляется за счет целевых внебюджетных средств концентрируемых: в Федеральном дорожном фонде РФ и в дорожных фондах субъектов РФ.

 Средства Федерального дорожного фонда направляются на финансирование содержания, ремонта, реконструкции и строительства автомобильных дорог общего пользования, относящихся к Федеральной собственности, а также затрат на управление дорожным хозяйством.

 Средства территориальных дорожных фондов направляются на финансирование содержания, ремонта, реконструкции и строительства автомобильных дорог общего пользования, относящихся к собственности субъектов Федерации, а также затрат на управление дорожным хозяйством.

 Целевые внебюджетные дорожные фонды образуются за счет: налога на реализацию горюче-смазочных материалов, налога на пользователей автомобильных дорог, налога с владельцев транспортных средств, налога на приобретение автомобильных средств (кроме приобретаемых в личное пользование гражданами легковых автомобилей), акцизов с продажи легковых автомобилей в личное пользование граждан, средств бюджета.

 В соответствие со ст.8 Федерального закона РФ «О федеральном бюджете на 1997 г.» средства Федерального дорожного фонда РФ в 1997 г. консолидированы с Федеральным бюджетом.

# *Статистика внебюджетных фондов*

 Статистика внебюджетных фондов изучает закономерности нормирования и расходования денежных средств фондов в связи социально-экономическим назначением каждого из них. Задача статистики внебюджетных фондов – определение объема, динамики, структуры доходов и расходов различных фондов, соотношений отдельных источников доходов (направлений расходов) и анализ эффективности функционирования фондов.

Статистическими показателями различных бюджетных фондов являются:

**-** общий объем доходов, в том числе по источникам;

**-** прочие доходы;

**-** общий объем расходов, в том числе по направлениям;

**-** прочие расходы;

**-** остаток средств на начало периода;

- остаток средств на конец периода.

В соответствии с действующим законодательством Пенсионный фонд обеспечивает выплату пенсий и некоторых видов пособий населению, не участвующему в трудовом процессе. Кроме того, Пенсионный фонд участвует на долговременной основе в финансировании федеральных, республиканских и региональных программ по социальной поддержке населения и осуществляет расширенное воспроизводство средств фонда на основе принципов: самофинансирования и коммерческой деятельности.

 Статистика характеризует количественные закономерности, складывающиеся в процессе формирования и использования средств Пенсионного фонда, с помощью системы статистических показателей, к которым относятся:

**•** общий объем поступлений в Пенсионный фонд, в том числе по источникам:

-страховые взносы;

-средства Федерального бюджета РФ;

-средства Государственного фонда занятости населения;

-прочие доходы;

**•** общий объем расходов, в том числе по направлениям:

-финансирование выплат пенсий и пособий;

-управленческие расходы фонда;

-прочие расходы.

Поступление и расходование денежных средств Пенсионного фонда РФ составили в 1997 г. (млрд. руб.) [26]:

***Таблица 1***

**Поступление и расходование средств**

**Пенсионного фонда Российской Федерации**

|  |  |
| --- | --- |
| Остаток средств на начало года | 1 584 |
| Поступления за год: | 178 329 |
| страховые взносы предприятий и организаций | 151 073 |
| средства Федерального бюджета РФ | 23 172 |
| средства фонда занятости населения | 2 877 |
| прочие доходы | 3 797 |
| Израсходовано за год: | 176 605 |
| финансирование выплат населению пенсий и пособий | 172 767 |
| прочие расходы | 3 838 |

**Рис. 2. Поступление средств в Пенсионный фонд**

 Поступление средств федерального бюджета в Пенсионный фонд связано с выплатой государственных пенсий и пособий военнослужащим и гражданам, приравненным к ним по пенсионному обеспечению, повышением пенсий в связи с изменением индекса стоимости жизни и ростом заработной платы, а также пособий, установленных действующим законодательством.

К прочим поступлениям Пенсионного фонда относятся:

 **•** добровольные взносы граждан и общественных организаций;

 **•** доходы от коммерческих финансово-кредитных операций.

Изменение средств Пенсионного фонда в течение года можно представить в виде баланса [26]:

ДСк = ДСн + ПДС – ИДС = 1 584 + 178 329 – 176 605 = 3 308 млрд. руб.,

где ДСк – остаток денежных средств фонда на конец периода;

 ДСн – остаток денежных средств фонда на начало периода;

 ПДС – сумма поступивших в течение года денежных средств;

 ИДС – сумма израсходованных в течение года денежных средств.

 Эффективность функционирования Пенсионного фонда можно определить, исчислив долю средств, израсходованных на финансирование выплат государственных пенсий, пособий и прочих расходов.

Статистика изучает источники поступления средств Фонда социального страхования Российской Федерации, направления расходования денежных средств, динамику общего объема поступлений и расходов, структуру и структурные сдвиги, происходящие в составе источников поступлений и расходования денежных средств фонда. Общий объем поступлений в Фонд социального страхования включает сумму страховых взносов предприятий и организаций; средства государственного бюджета; поступления за путевки в санатории и дома отдыха, реализуемые по линии социального страхования; поступления от средств, вложенных в банк, и прочие поступления.

Поступление и расходование средств Фонда социального страхования Российской Федерации за 1997 г. состоят из следующих показателей (млрд. руб.) [26].

В числе общего объема поступлений наибольшую долю занимают страховые взносы. В 1997 году доля страховых поступлений в общем объеме поступлений ФСС составила 90%. Размер страховых взносов предприятий и организаций исчисляются как произведение установленного процента (тарифа) на фонд заработной платы рабочих и служащих. Тарифы страховых взносов устанавливаются Правительством РФ на определенный срок по каждому профессиональному союзу, при этом учитываются условия труда и состав работников. Специальные тарифы устанавливаются для страхователей, использующих труд привлеченных лиц, а также для религиозных организаций, если трудовой договор заключен при участии профсоюзов. Размер страховых тарифов должен обеспечить поступления, достаточные для запланированных расходов.

 Поступления от продажи путевок зависят от количества реализованных путевок, их стоимости и размера оплаты членами профсоюза.

Доля поступлений от продажи путевок в общем объеме поступлений Фонда социального страхования в 1997 г. составила 1,4%. Прочие доходы Фонда социального страхования в 1997 г. составили 7,8% общего объема поступлений в фонд.

 Для характеристики расходования денежных средств Фонда социального страхования статистика рассчитывает показатель общего объема израсходованных денежных средств, в том числе ряд показателей, отражающих использование денежных средств фонда по направлениям. Движение денежных средств фонда в течение года можно отразить с помощью балансового уравнения [26]:

ДСк = ДСн + ПДС – ИДС = 1 611+ 31 516 – 30 385 = 2 722 млрд. руб.

***Таблица 2***

**Поступление и расходование средств**

**Фонда социального страхования Российской Федерации**

|  |  |
| --- | --- |
| Остаток средств на начало года  | 1 611 |
| Поступления за год:  | 31 516 |
| страховые взносы предприятий и организаций  | 28 270 |
| частичная оплата путевок  | 441 |
| поступления от Пенсионного фонда РФ  | 120 |
| средства Федерального бюджета  | 212 |
| прочие доходы  | 2 474 |
| Израсходовано за год:  | 30 385 |
| финансирование выплат пенсий, пособий  | 22 300 |
| финансирование мероприятий по санаторно-курортному обслуживанию  | 6 466 |
| выплаты пособий сверх установленной нормы на санаторно-курортное лечение и оздоровление, финансируемые за счет средств федерального бюджета  | 380 |
| финансирование исполнительной дирекции фонда  | 1 159 |
| перечислено в Пенсионный фонд РФ  |  |
| прочие расходы  | 80 |

**Рис. 3. Поступление средств в Фонд социального страхования**

Система статистических показателей Фонда занятости населения отражает общий объем поступления (расходования) денежных средств, в том числе по источникам поступления (направлениям расходов). В задачу статистического изучения функционирования Фонда занятости населения входят изучение динамики показателей поступления (расходования) денежных средств фонда, изучение состава, структуры и структурных изменений отдельных составляющих поступлений (расходов) фонда, отражение общих закономерностей формирования фонда.

 Поступление и расходование средств Государственного фонда занятости населения РФ в 1997 г. представлено в табл.3 (млрд. руб.) [26].

 Свободные средства Фонда занятости населения могут вкладываться в акции, ценные бумаги, храниться на банковском счете, образуя прирост свободных денежных средств за счет выплаты процентов по вкладам и дивидендов по акциям. Таким образом, прирост свободных денежных средств фонда также может являться источником поступлений. Общий объем расходов фонда занятости в 1997 г. составил 8822 млрд. руб. Важной статьей расходов является выплата населению пенсий и пособий.

***Таблица 3***

**Поступление и расходование средств**

**Государственного фонда занятости Российской Федерации**

|  |  |
| --- | --- |
| Остаток средств на начало года | 308 |
| Поступления за год | 8 847 |
| страховые взносы предприятий и организаций | 7 985 |
| средства из федерального бюджета | 239 |
| средства из местного бюджета | 20 |
| добровольные поступления | 0,1 |
| прочие поступления | 603 |
| Израсходовано за год | 8 822 |
| финансирование выплат населению пенсий, пособий | 6 466 |
| финансирование мероприятий по социальному обеспечению | 74 |
| финансирование расходов по образованию | 485 |
| финансирование расходов по наукеи научному обслуживанию | 14 |
| финансирование исполнительной дирекции фонда | 1 474 |
| финансирование общественных работ | 199 |
| финансовая поддержка | 362 |
| прочие расходы | 148 |

 В связи сотсутствием возможности переквалифицироваться или найти работу людям предпенсионного возраста могут быть назначены досрочные пенсии. Доля этих расходов в общем объеме расходов фонда занятости составила в 1997 г. 74,3%. В 1997 г. второй по величине статьей расходов явилось содержание службы занятости, оно составило 16,7% общего объема расходов.

Рис. 4. Поступление средств в Фонд занятости

 Расходы на финансовую поддержку связаны с выплатой стипендий лицам, обучающимся в центрах подготовки и переподготовки кадров. Расходы на финансовую поддержку в 1997 г. составили 4,1% общего объема расходов Фонда занятости (против 25% в 1993 г.).

 Расходы Фонда занятости на образование связаны с организацией работы центров переобучения и профессиональной подготовки. Доля расходов на профессиональную подготовку в 1993 г. составила 2,4% общего объема расходов фонда, в 1994 *г. –* 4,2%, а в 1997 г. – 5,5%. Движение средств Фонда занятости населения можно выразить в форме балансового уравнения [26]:

 ДСк = ДСн + ИДС – ИДС = 308 + 8 847 – 8 822 = 333 млрд.

 Таким образом в Российской Федерации сложилась система социальных внебюджетных фондов, структура которых представлена на рис. 5.

**Социальные внебюджетные фонды**

Пенсионный фонд Российской Федерации

Фонды обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд ОМС

Территориальный фонд ОМС

Фонд социального страхования

**Филиалы**

Государственный фонд занятости

**Рис. 5. Структура внебюджетных фондов социального назначения**

**II. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

***1. Переход от бюджетной к страховой медицине:***

***Идеология и цели реформирования здравоохранения***

 Главные цели эксперимента по введению новой модели бюджетной медицины в 1988 году состояли в том, чтобы децентрализовать управление здравоохранением, влить в систему новые финансовые ресурсы и стимулировать инновации. Интересно отметить, что западные специалисты придают этому эксперименту несравнимо большее значение, чем отечественные. Их внимание привлекает попытка превратить поликлиники в держателей средств, которые финансируют больницы, оплачивая им диагностику и стационарное лечение больных. Между тем гораздо большее значение имела попытка ввести новый порядок выделения бюджетных средств – на основе стабильных подушевых нормативов, что позволило бы сделать шаг в решении проблемы хронического недофинансирования здравоохранения. Но такая попытка не делалась. Задача эксперимента подтолкнула многих специалистов к мысли о необходимости кардинального реформирования системы здравоохранения. Кризис советского общества, развернувшаяся критика советской политической и экономической системы и начавшееся ее разрушение привели к решительным сдвигам в представлениях лидеров медицинского сообщества о направлениях необходимых преобразований в финансировании и организации здравоохранения. Доминирующей идеей стал переход к страховой медицине.

 Необходимость такого перехода была провозглашена в начале 90-х годов во всех странах Восточной и Центральной Европы. В это время обладала негативная эмоциональная оценка советской системы здравоохранения. Возникла иллюзия, что стоит только заменить ее на рыночную систему, как все начнет меняться к лучшему – и качество медицинских услуг, и эффективность функционирования системы и по пути реформирования системы здравоохранения пошли Венгрия, Россия, Чехия, Эстония, и все они встретились с трудностями, обнаружив, что дело не так просто, как казалось поначалу [32].

 В основу предложений о рыночных реформах в здравоохранении в перечисленных странах были положены следующие принципы:

- финансирование медицинской помощи населению за счет страховых взносов, которые платят предприятия, государство, население;

- организационное разделение тех, кто предоставляет медицинские услуги населению, и тех, кто их оплачивает, то есть разделение производителей и покупателей;

- конкуренция между производителями за получение финансовых средств от покупателей;

- конкуренция между покупателями, которые выступают посредниками между населением и медицинскими учреждениями, за привлечение средств населения;

- предпочтительность негосударственных производителей и покупателей перед государственными.

 Постсоциалистические страны следовали здесь примеру стран Запада, которые в 80-е годы вводили квазирыночную систему финансирования здравоохранения, рассматривая это как средство повышения его эффективности. Инициатива введения страховой медицины в СССР принадлежала еще руководству союзного Министерства здравоохранения. Она была поддержана лидерами отраслевых групп специальных интересов – врачами, которые были избраны депутатами Верховного Совета Российской Федерации, и руководителями ряда региональных органов управления здравоохранением, а также значительной частью врачей [32].

 В 90-е годы деятельность по реформированию системы здравоохранения в России была сфокусирована на решении двух главных задач: децентрализации принятия решений и использовании страхования как средства увеличения финансирования. В других постсоциалистических странах введение медицинского страхования также рассматривалось, прежде всего, как средство получения гарантированных источников финансирования.

 Между тем при разработке предложений о введении медицинского страхования и в России, и в других постсоциалистических странах не были приняты во внимание существенные обстоятельства:

1. Возможные изменения внешних экономических условий функционирования всей системы здравоохранения в будущем, изменения платежеспособности предприятий, бюджетных возможностей, доходов населения. Планы реформы разрабатывались при неявном (само собой разумеющемся для разработчиков) предположении, что экономического кризиса не будет, и в уверенности, что местная власть и предприятия, выйдя из-под контроля центра за их расходами, будут давать деньги на здравоохранение. Возможность длительного экономического спада даже не рассматривалась; предполагалось, что после непродолжительного трудного периода начнется подъем экономики. Уже потом в других странах, увидев трудности внедрения медицинского страхования в Чехии, Венгрии и России, стали более реально оценивать возможные размеры поступлений от страховых взносов.
2. Ослабление государства, уменьшение способности центральной власти обеспечивать реализацию принятых законов. В результате этого организационные преобразования могут быть осуществлены лишь частично, с задержками. Причем по-разному в разных регионах в зависимости от административных способностей, интересов и силы их руководителей.
3. Интересы чиновников, теряющих часть своей власти. Вопрос в том, будут ли эти потери властных полномочий в достаточной степени компенсированы другими выгодами, а если нет, то будет ли их исполнительская дисциплина и боязнь административных санкций настолько сильной, чтобы выполнять решения, ущемляющие их интересы.
4. Наконец, не учитывалось, что для возникновения реальной конкуренции на рынке медицинского страхования потребуется определенное время, и не рассматривался вопрос о том, что будет происходить, пока такая конкуренция еще не станет определяющим фактором, и как в этот период изменение финансирования скажется на качестве и эффективности услуг здравоохранения.

 Альтернативные сценарии развития событий не разрабатывались. Разные варианты преобразований не сопоставлялись.

 Проект реформы был подготовлен в сжатые сроки, и уже в июне 1991 г. был принят закон "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". Суть модели медицинского страхования, предусмотренной этим законом, состояла в следующем. Финансирование здравоохранения должно происходить за счет обязательных и добровольных страховых взносов. Обязательное медицинское страхование (ОМС) работающих осуществляется за счет платежей предприятий, а неработающих и занятых в бюджетной сфере – за счет бюджетных ассигнований. Объем и условия оказания бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС определяются в базовой программе ОМС, утверждаемой правительством, и в территориальных программах, принимаемых на основе базовой местными органами власти. Медицинская помощь, оказываемая населению, оплачивается негосударственными страховыми медицинскими организациями. Включение частных страховых компаний должно было ввести элементы свободного рынка и конкуренции покупателей в систему медицинского страхования [32].

 Вместе с тем, предусматривалось сохранение государственных органов управления здравоохранением, которые должны были выполнять функции контроля и заниматься разработкой и реализацией целевых программ, предмет которых лежит за рамками тех видов медицинской помощи, которые предоставляются в системе ОМС. Это изначально создавало ситуацию двоевластия, так как формировалась двухканальная система финансирования медицинских учреждений.

 Нетрудно заметить, что такая система финансирования обществом здравоохранения, по сути дела, воспроизводила в несколько иной форме и развивала ту систему, которая предусматривалась моделью "нового хозяйственного механизма", внедрявшейся с 1988 г. Нормативы бюджетного финансирования трансформировались в страховые взносы из бюджета по фиксированным ставкам. Идея о введении нормативов бесплатной медицинской помощи населению превратилась в идею базовой программы ОМС. Разрешение учреждениям здравоохранения и заинтересованным организациям заключать договоры на выполнение услуг сверх вышеуказанных нормативов получило развитие в установлении добровольного медицинского страхования. В дополнение к модели бюджетной медицины в модели ОМС появился новый источник гарантированного поступления средств в сферу здравоохранения – платежи организаций по обязательному медицинскому страхованию.

 Изменения в порядке финансирования здравоохранения были продолжением прежних попыток преобразования финансовых потоков в отрасль. Однако в том, что касается организации финансовых потоков внутри отрасли, модель ОМС предполагала принципиальные нововведения. В системе здравоохранения появляются новые субъекты – страховые медицинские организации. Предприятия и органы государственного управления, выступающие страхователями, должны заключать договоры со страховыми организациями, которые в свою очередь выбирают медицинские учреждения и оплачивают лечебно- профилактическую помощь, предоставляемую застрахованным людям.

 Закон "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", предусматривал, что переход к страховой медицине должен был произойти в течение 1992-1993 гг. Но очень быстро выяснилось, что такие сроки нереальны. Создание страховых компаний, разработка всей необходимой нормативно-правовой базы шли гораздо медленнее, чем на это рассчитывали разработчики закона. Медицинские страховые организации интенсивно создавались и развертывали свою деятельность там, где местные власти активно поддерживали и занимались внедрением новой модели здравоохранения. Но таких регионов было меньшинство. Поэтому, чтобы не затягивать введение системы ОМС и соответственно не откладывать принятие решения об установлении обязательных взносов юридических лиц на медицинское страхование, реформаторы пошли на корректировку модели ОМС. В 1993 г. в закон были внесены существенные изменения.

 Согласно тексту закона о медицинском страховании, принятого в 1991 г., функции страховщиков должны выполнять страховые медицинские организации, независимые от органов управления здравоохранением и медицинских учреждений. Не предусматривалось наличия каких-либо специальных организаций для сбора и аккумулирования взносов на ОМС. В 1993 г. закон был дополнен положениями о создании таких организаций: федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Их статус был определен как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Их соучредителями являются органы представительной и исполнительной власти соответственно Российской Федерации и ее субъектов. При этом филиалам территориальных фондов ОМС временно предоставили право не только заключать договоры медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями, но и самим выполнять функции страховщиков и непосредственно взаимодействовать с медицинскими учреждениями. В 1994 г. 52% филиалов территориальных фондов ОМС выполняли функции страховщиков.

***Таблица 4***

**Состав системы обязательного медицинского страхования**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
| Территориальные фонды ОМС | 86 | 86 | 88 | 88 |
| Филиалы территориальных фондов ОМС | 1058 | 1103 | 1122 | 1160 |
| Страховые медицинские организации | 164 | 439 | 536 | 538 |
| Лечебно-профилактические учреждения | - | 4501 | 7372 | 8700 |

 Таким образом, модель финансирования медицинской помощи, предусмотренная законом, стала "двухступенчатой": сначала средства поступают в государственные фонды обязательного медицинского страхования, затем – негосударственным страховым медицинским компаниям, которые заключают контракты непосредственно с медицинскими учреждениями. Аналоги такой двухступенчатой модели существуют в Нидерландах, Израиле, Чехии. Особенностью российской модели стало разрешение выполнять функции страховщиков организациям первой ступени – территориальным фондам ОМС. Если страховых компаний недостаточно, то фонды вправе сами заключать контракты с медицинскими учреждениями. [32].

 Права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены законодательством. Это создало основу для возникновения серьезных коллизий в процессе практического введения системы ОМС. Момент введения системы обязательного медицинского страхования был перенесен на год. И, тем не менее, к началу 1994 г. многие необходимые нормативные документы не были подготовлены и отработаны. Основное внимание на подготовительном этапе уделялось преобразованию внешних каналов финансирования отрасли – лидеры медицинского сообщества стремились быстрее реализовать возможность ввести целевой налог (взносы на ОМС) для финансирования здравоохранения. Такой налог в размере З,6% от фонда заработной платы был введен 1993 г. за счет соответствующего сокращения взносов в Пенсионный фонд. Из общих 3,6% одна часть – 0,2% – направляется в федеральный фонд ОМС, другая – 3,4% – аккумулируется территориальными фондами ОМС.

# *2. Практическое внедрение*

# *новой системы финансирования здравоохранения*

 В России решающее влияние на характер и ход реформы здравоохранения оказал фактор слабости государства. В разных регионах чиновники относились к реформе по-разному, что, естественно, сказывалось на результативности преобразований. Но ни у Министерства здравоохранения, ни у Федерального фонда ОМС не было достаточных полномочий для того, чтобы контролировать выполнение субъектами Российской Федерации закона о медицинском страховании. К тому же в процессе подготовки к введению ОМС Министерство здравоохранения было преобразовано в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности. Его возглавили новые люди, работавшие ранее в военной медицине. Реформа не была их детищем. Да и сама идея страховой медицины, по всей видимости, была просто чужда их опыту и взглядам, сформировавшимся в специфических условиях военной медицины. После того как удалось добиться введения взносов на ОМС, Министерство практически перестало заниматься работой по развитию нормативно-правовой базы ОМС, контролем за проведением реформ и соблюдением требований закона о медицинском страховании. Последовательность введения элементов медицинского страхования небыла определена в законодательстве и оказалась в полной зависимости от позиции региональных властей.

 Все это привело к существенным региональным различиям в последовательности, темпах и глубине преобразований. ОМС было внедрено с большими отступлениями от положений закона. Вместо последовательного перехода от одной системы финансирования здравоохранения – бюджетной, к другой системе – страховой, получилось эклектичное сочетание элементов разных систем. По данным Федерального фонда ОМС, в 1994 г. в 23 субъектах РФ функции страховщиков выполняли только страховые компании, в 14 – только фонды ОМС,: 34 – и те и другие. В одних регионах из средств ОМС финансируется деятельность только больниц, да и то не всех, в других регионах – только поликлиник, в третьих – только часть видов медицинской по мощи, предоставляемой населению, в четвертых – расходы лишь по определенным статьям и т.п.

 На практике федеральная программа ОМС была утверждена только на один год – на 1993, а в последующие годы не принималась. Созданные фонды ОМС стали собирать взносы с юридических лиц. А вот бюджетные средства перечислялись фондам не везде и не в полном объеме.

 1993 1994 1995 1996 1997

**Рис. 6. Количество субъектов Российской Федерации, в которых осуществлялись платежи из бюджета на медицинское страхование неработающего населения**

 В результате реформы часть ресурсов здравоохранения стала формироваться за счет целевых налоговых выплат (обязательных взносов юридических лиц на медицинское страхование), и отрасль получила более стабильный источник финансирования. Но реформа не оправдала ожиданий тех, кто рассчитывал на увеличение финансовых потоков, направлявшихся в здравоохранение. В 1994 г. объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и обязательных страховых взносов предприятий уменьшился на 9% по сравнению с 1993 г., а в 1995 г. – уже на 26% по отношению к предыдущему году [32].

 Произошло не дополнение бюджетного финансирования обязательными страховыми платежами, а частичное замещение одного другим. После введения с 1994 г. обязательного медицинского страхования соответствующая доля затрат в федеральном бюджете сокращалась. В то же время и местные власти стали уменьшать расходы на здравоохранение, мотивируя это появлением нового источника финансирования – обязательных страховых взносов юридических лиц.

# *Таблица 5*

# Доля затрат на здравоохранение в бюджетных расходах (в %)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
| Федеральный бюджет | 1,7 | 1,6 | 1,3 | 1,2 | 2,2 |
| Бюджеты субъектов РФ | 17,5 | 15,7 | 15,3 | 15,1 | 14,8 |

Источник: Госкомстат России.

 В 1993 г. размеры финансирования здравоохранения за счет бюджетных средств и за счет обязательных страховых взносов юридических лиц соотносилась как 85:15, в 1994 г – 82:18, а в 1997 г – 81:19. То, что взносы на ОМС скорее заместили, чем дополнили бюджетное финансирование, наблюдалось и в других постсоциалистических государствах.

# *Таблица 6*

# Структура расходов государства на здравоохранение (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
| Федеральный бюджет | 11 | 9 | 10 | 7 | 6 | 10 |
| Бюджеты субъектов РФ | 89 | 76 | 72 | 75 | 74 | 71 |
| Взносы работодателей на обязательное медицинское страхование | - | 15 | 18 | 18 | 20 | 19 |
| Всего | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

 Однако если сопоставить динамику финансирования здравоохранения за счет бюджета и взносов на ОМС с динамикой затрат государства на образование и культуру, то оказывается, что ситуация с финансированием здравоохранения гораздо лучше, чем в других отраслях социальной сферы.

 Если валовой внутренний продукт за период 1992-1997 гг. сократился на 38%, то реальный объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и страховых взносов – на 21%. Так что введение страховой медицины, несомненно, оказало позитивное стабилизирующее влияние на финансирование отрасли в кризисный период. Реформа позволила добиться некоторого перераспределения общественных ресурсов, правда сокращающихся, в пользу здравоохранения. [32].

 Однако возникла проблема дисбаланса между размерами финансовых потоков в здравоохранение и унаследованными от эпохи социализма обязательствами государства по обеспечению бесплатных медицинских услуг. В советском государстве права граждан на получение бесплатной медицинской помощи были в весьма общем виде сформулированы в конституции. При этом перечень видов услуг, которые вправе был получить каждый гражданин, законом не определялся. Фактически это означало право граждан на бесплатное получение помощи в доступных для них медицинских учреждениях; но для лиц с разным социальным статусом, для жителей разных территорий были доступны разные по составу и качеству оказываемой медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения. В действующем законодательстве Российской Федерации сохранен прежний подход к формулированию прав граждан на бесплатную медицинскую помощь: гарантии гражданам не конкретизированы в объемных и финансовых показателях. Неспецифицированность государственных гарантий является характерной особенностью патерналистского отношения государства к предоставлению социальных услуг. Установление прав граждан на бесплатную медицинскую помощь обусловливается идеологическими представлениями и политическими факторами и не опосредуется экономическими параметрами.

 Если обязательства государства оказываются не специфицированными, то с политико-экономической точки зрения это означает обязательства, как минимум, финансировать существующую сеть государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений так, чтобы они могли продолжать оказывать те бесплатные медицинские услуги населению, структура которых исторически сложилась. Однако по мере сокращения финансирования здравоохранения по сравнению с величиной, необходимой для обеспечения нормальных условий деятельности сложившейся сети лечебно-профилактических учреждений, возникает и автоматически увеличивается дисбаланс между обязательствами государства в сфере здравоохранения и их финансовым обеспечением.

 По расчетам Министерства здравоохранения России, в 1996 г. затраты на финансирование лечебно-профилактической помощи населению в соответствии с базовой программой ОМС равнялись примерно 3,5% ВВП.

 ***Таблица 7***

**Изменение доли расходов государства**

**на отрасли социально-культурной сферы (в %)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
| Здравоохранение | 100 | 80 | 108 | 98 | 72 | 71 | 79 |
| В том числе государственный бюджет | 100 | 80 | 91 | 81 | 59 | 57 | 65 |
| Обязательные страховые взносы юридических лиц | - | - | 17 | 17 | 13 | 14 | 14 |
| Образование(расходы государственного бюджета) | 100 | 79 | 79 | 76 | 56 | 58 | 64 |
| Культура, искусство, средства массовой информации | 100 | 91 | 81 | 87 | 63 | 54 | 60 |

 Это необходимая величина затрат, если не менять существующую структуру предоставления медицинской помощи (соотношение объемов лечения в стационарах и в амбулаторных условиях, в том числе в стационарах одного дня). Между тем реальный общий объем финансирования здравоохранения государством составил в 1996 г. 3,1% ВВП (в т.ч. 2,5% ВВП – финансирование здравоохранения из бюджета, 0,6% ВВП – взносы предприятий на ОМС) [32].

 В условиях такого недофинансирования новая система не может в полной мере продемонстрировать свои преимущества. Средств не хватает, чтобы платить лечебным учреждениям по тарифам за оказанные медицинские услуги или по подушевым нормативам (при условии, что размеры тарифов или нормативов должны покрыть все виды необходимых затрат – оплату труда, расходы на медикаменты и оборудование, на коммунальные услуги и т.п.).

# *Таблица 8*

#  Изменениерасходов государства на отрасли социально-культурной сферы (в % к ВВП)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
| Здравоохранение | 2,9 | 2,5 | 3,7 | 3,9 | 2,9 | 3,1 | 3,4 |
| В том числе государственный бюджет | 2,9 | 2,5 | 3,1 | 3,2 | 2,4 | 2,5 | 2,8 |
| Обязательные страховые взносы юр. лиц | - | - | 0,6 | 0,7 | 0,5 | 0,6 | 0,6 |
| Образование, финансируемое из госбюджета | 3,6 | 3,6 | 4,1 | 4,5 | 3,4 | 3,7 | 4,1 |
| Культура, искусство, СМИ  | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,8 | 0,6 | 0,5 | 0,6 |

 Поэтому оказалось невозможным полностью отказаться от старого, затратного принципа финансирования, когда средства выделяются медицинским учреждениям на покрытие отдельных статей расходов. Недостаток средств означает, что часть статей расходов финансируется по мере возможностей, либо не финансируется вообще.

 Но если вследствие экономической необходимости сохраняется старый принцип финансирования медицинских учреждений, то совсем не обязательно торопиться с передачей бюджетных средств фондам ОМС. В результате в большинстве регионов текущая деятельность лечебных учреждений финансировалась как фондами ОМС (за счет страховых взносов юридических лиц), так и органами управления здравоохранением (за счет бюджета). При этом за счет средств, аккумулируемых фондами ОМС, приходилось либо финансировать только часть больниц и поликлиник, либо оплачивать только часть их услуг.

 Показательно, что именно в тех регионах, где руководители органов исполнительной власти поддерживали проведение реформы, возникло достаточное число страховых компаний, ииз бюджета перечислялись средства в фонды ОМС в качестве страховых взносов за неработающее население. А там, где чиновники не прикладывали усилий или тормозили внедрение элементов системы ОМС, никакой закон не помог. Так что все определялось раскладом сил на местах, уровнем осознания чиновниками новых возможностей реализации своих интересов, то есть их административными способностями – но не по отношению к реализации закона, а в извлечении выгод для себя из новых обстоятельств. Для части чиновников реформа действительно предоставила новые возможности извлечения ренты из своего положения.

 Таким образом, система обязательного медицинского страхования, предусмотренная законодательством, не была реализована в полном объеме. Реформа оказалась фрагментарной и частичной. Хотя и были осуществлены некоторые структурные преобразования в системе финансирования здравоохранения, не удалось реализовать ряд важных принципов страховой медицины:

* нет конкуренции между страховщиками; страховые медицинские компании во многих регионах не были созданы, а там, где они есть, имеет место, скорее разделение сфер влияния между компаниями, чем конкуренция;
* нет конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями:
* для пациента на практике затруднено право выбора врача и лечебно-профилактического учреждения;
* и у страховщиков, и у лечебно-профилактических учреждений, и у врачей пока нет стимулов к более эффективному использованию ресурсов; механизм финансирования по-прежнему носит затратный характер

 Недостаточная продуманность реформ в здравоохранении, отсутствие последовательности в проводимой политике, несогласованность действий разных субъектов реформы порождены не только условиями экономического и политического кризисов. Причины нужно искать в том, что реформирование здравоохранения происходило в условиях проведения масштабных экономических и политических реформ, и безотносительно к успешности указанных реформ это порождало проблемы для здравоохранения. Об этом свидетельствует опыт Китая. Политическая ситуация здесь несравнимо стабильнее, чем в других постсоциалистических странах, экономика устойчиво растет. И, тем не менее, судя по оценке самих китайских исследователей, организация и финансирование здравоохранения в Китае находится в беспорядочном состоянии, нет согласованной и последовательной политики центрального правительства в области здравоохранения, что связано с проведением в стране экономических и политических реформ.

 В течение 1995-199б гг. фрагментарность введения ОМС и региональная дифференциация фактически сложившихся в 1994 г. переходных моделей ОМС сохранились без существенных изменений. Лишь в нескольких регионах продолжалась работа по развитию нормативно-правовой базы ОМС и расширению круга организаций и медицинских услуг, включаемых в систему ОМС. В большинстве регионов реформа была приостановлена. Причина заключается в конфликте интересов.

 При широкомасштабном внедрении ОМС обнаружились пробелы в его нормативно-правовой базе. Основные составляющие нового механизма взаимоотношений между населением, предприятиями, государственными органами, страховыми организациями, медицинскими учреждениями не были достаточно отработаны. Это привело к многочисленным коллизиям между фондами ОМС и страховыми компаниями, с одной стороны, и медицинскими учреждениями – с другой, в связи с условиями и порядком финансирования их деятельности.

 Но более серьезными стали конфликты между органами управления здравоохранением и фондами ОМС. В результате проведенных преобразований существенно сократились размеры средств, поступающих в непосредственное распоряжение медицинских чиновников. Часть финансовых потоков пошла мимо них: через фонды ОМС и страховые компании. При этом, как уже говорилось, права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены, что в условиях фрагментарности введения ОМС усугубляло проблему.

 Все это и послужило основой конфликта интересов региональных органов управления здравоохранением и фондов ОМС. Болезненную реакцию у медицинских чиновников и работников лечебных учреждений стала вызывать финансово-кредитная политика фондов ОМС, в частности, размещение средств на депозитах, затраты на приобретение фондами зданий, автомобилей, компьютеров и т.п., и более высокий уровень доходов сотрудников фондов и страховых медицинских организаций.

 По мнению критиков реформы неоправданно высоки расходы на содержание исполнительных дирекций федерального и территориальных фондов ОМС: в 1994 г. они равнялись 4,4% от объема страховых взносов предприятий; в 1995 г. – 4,8%. Страховые медицинские организации оставляли в 1994 г. на ведение дел по ОМС 5,6% от объема проходящих через них средств, а в 1995 г. – 3,9%.

 Следует отметить, что в сравнении с другими государствами такой уровень административных расходов не слишком высок. В странах ОЕСР в 1990 г. административные расходы составляли в среднем около 5% затрат на здравоохранение, в США – около 15%, в Великобритании в 1992 г. – примерно 7% от средств региональных бюджетов здравоохранения [32].

 Рост административных издержек – неизбежность при проведении реформ. Для повышения результативности работы новой системы финансирования и организации здравоохранения необходима соответствующая инфраструктура: компьютерные сети, финансовая документация, отчетность, практика, отработанные методы бухгалтерского учета и контроля, подготовленные кадры. Когда все это стали создавать – появились обвинения, что средства тратятся не на то, что надо, и лучше было бы их потратить, например на медикаменты. Для успеха реформ необходим рост финансирования отрасли. Но на подготовительном этапе реформы, на этом не акцентировалось внимание, а реакция на рост издержек стала особенно болезненной, поскольку в российской ситуации, когда финансирование сокращается, неизбежный из-за проведения реформы рост административных расходов выглядит как неоправданное отвлечение средств. Позитивные результаты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные прежде всего с контролем за качеством медицинской помощи и за рациональным использованием имеющихся ресурсов, не успели проявиться с достаточной определенностью и не уравновешивают затрат на содержание этих организаций.

 Весной 1995 г. Минздравмедпром РФ попытался добиться внесения изменений в закон о медицинском страховании. В случае их принятия федеральный и территориальные фонды ОМС лишились бы своей самостоятельности и были бы подчинены органам здравоохранения. Это означало бы свертывание реформы и возврат к государственной системе здравоохранения. Но этот законопроект в Государственной Думе не прошел. После острых обсуждений реформы зимой и весной 1995 г. летом и осенью количество критических выступлений в средствах массовой информации резко уменьшилось. Фонды ОМС, в свою очередь, почти вдвое сократили долю расходов на содержание своего аппарата, размеры которых вызывали особое раздражение. Они, по всей видимости, стали в большей мере делиться с органами здравоохранения своими доходами в разных формах и тем самым пригасили их воинственный пыл. Был принят федеральный закон о тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Государственный фонд занятости населения РФ и в фонды обязательного медицинского страхования на 1996 год [6].

 Тем не менее, в 1996 г. была вновь предпринята попытка пересмотра существующей модели обязательного медицинского страхования. Осенью правительство внесло в парламент новый законопроект о внесении изменений и дополнений в закон о медицинском страховании. Законопроект отражал, прежде всего, интересы работников органов управления здравоохранением. Он предполагал замену элементов рыночного регулирования в системе ОМС государственным регулированием. Негосударственные страховые организации должны были быть исключены из числа субъектов ОМС. Территориальные фонды ОМС, которые являются независимыми субъектами ОМС, предполагалось превратить в учреждения, подведомственные органам исполнительной власти. Фактически законопроект был ориентирован на воссоздание в новой форме государственной системы здравоохранения. Проблемы, порожденные непоследовательностью и фрагментарностью осуществления реформы здравоохранения, предполагалось решить путем отказа от принципов страховой медицины как основы организации здравоохранения в рыночной экономике.

 Уже сам факт внесения правительством указанного законопроекта был воспринят в некоторых субъектах РФ как разрешение провести желаемые для медицинских чиновников изменения в модели ОМС. В декабре 199б г. в Республике Марий Эл по инициативе правительства республиканский фонд ОМС исключил страховые медицинские организации из системы финансирования ОМС.

 Новые группы специальных интересов в здравоохранении – страховые медицинские компании и фонды ОМС – сумели организовать коллективные действия против принятия законопроекта. И им удалось приостановить процесс его рассмотрения в парламенте.

 В целом в сфере здравоохранения сложилась ситуация примерного равновесия сил между тремя группами специальных интересов: медицинскими чиновниками, фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями. Выбор дальнейшего направления реформирования будет определяться борьбой и взаимодействием этих групп. Интересы населения и даже интересы врачей при этом почти не представлены.

## 3. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

 Многолетний опыт развитых стран свидетельствует, что в условиях социально-экономического кризиса медицинское страхование является наиболее оптимальной формой организации медицинской помощи, обеспечивающей социальную защиту всех граждан в области охраны здоровья. Условно во всем мире можно выделить три основных типа систем организации медицинской помощи, различающихся по способу финансирования.

 *Государственная система здравоохранение* полностью финансируется государством из средств государственного бюджета.

 *Страховая система -* средствана здравоохранение формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей. За счет этих источников формируются страховые фонды, из которых оплачивается установленный страховой программой объем медицинской помощи. Различают обязательное и добровольное медицинское страхование. Обязательное медицинское страхование осуществляется не *только* работодателями, но и государством. Добровольное медицинское страхование является, одним из видов финансово-коммерческой деятельности.

 *Частная система -*стоимость всего объема медицинской помощи оплачивается непосредственно самим пациентом.

 Каждая из названных систем имеет положительные и отрицательные стороны. Поэтому необходимо разумное сочетание элементов этих систем. В России реализуется модель бюджетно-страховой медицины.

 Выбор того или иного способа финансирования системы организации медицинской помощи зависит от конкретной социально-экономической ситуации. Основными отличиями обязательного медицинского страхования (ОМС) от государственной системы здравоохранения являются:

* правовое регулирование (государственное здравоохранение регулируется административным правом, а обязательное медицинское страхование - гражданским);
* финансирование (в государственном здравоохранении финансировалось медицинское учреждение, а при обязательном медицинском страховании - медицинская помощь гражданину).

 Фонды обязательного медицинского страхования являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и предназначены для аккумулирования средств на обязательное медицинское страхование. Средства фондов находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов других фондов и изъятию не подлежат.

 Территориальные Фонды обязательного медицинского страхования создаются местными органами власти и действуют на основании Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования. Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования не наделены правом издания каких-либо нормативных документов, обязательных для плательщиков страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Деятельность Федерального Фонда регулируется уставом федерального фонда обязательного медицинского страхования [24].

 Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов на обязательное медицинское страхование предусмотрено, что вновь созданные или реорганизованные хозяйствующие субъекты обязаны в 30-дневный срок со дня их учреждения зарегистрироваться в территориальных фондах обязательного медицинского страхования в качестве плательщиков страховых взносов.

 Обязательное медицинское страхование в соответствии с действующим законодательством позволяет исправить недостатки бюджетного финансирования, а именно:

* ликвидировать остаточность финансирования отрасли (так как взносы на ОМС включаются в стоимость продукции и услуг на стадии их производства);
* ввести адекватное финансирование услуг, включенных в программу ОМС;
* изменить принципы финансирования здравоохранения и применить новые способы оплаты труда, стимулирующие у медицинских работников экономическую заинтересованность в оказании медицинской помощи высокого качества и бережное отношение к ресурсам здравоохранения;
* ликвидировать кризис в управлении здравоохранением путем поэтапного изменения функций управления здравоохранением и введения экономических методов в процессе формирования договорных отношений;
* создать отвечающую современным требованиям систему учреждений здравоохранения, обеспечивающих высокую медицинскую и социально-экономическую эффективность их деятельности [27].

 Таким образом, система ОМС является наиболее адекватной формой социально-экономических отношений в здравоохранении в условиях действия рыночных механизмов. Схема финансирования лечебного учреждения в этих условиях претерпевает значительные изменения по сравнению с существовавшей ранее системой бюджетного финансирования.

***4. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ***

 *Страхователи -* это юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования или являющиеся страхователями в силу закона.

 *Страховщики -* это юридические лица организационно- правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации, созданные для осуществления страховой деятельности обязательного медицинского страхования.

*Застрахованный -* лицо*,* в пользу которого заключен договор страхования.

Обязательное медицинское страхование является формой социальной защиты граждан в условиях перехода экономики страны к рыночным отношениям и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения. Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ. Социальное страхование - это особая организационно- правовая форма социальной защиты граждан. Используется как автономный и самостоятельный механизм для аккумуляции денежных средств (например, для пенсионного обеспечения), а также для выполнения других функций социальной защиты. Это:

* + создание социально-оздоровительной и реабилитационной инфраструктуры (страхование от несчастных случаев на производстве);
	+ организация оздоровления трудящихся (медицинское страхование);
	+ создание новых рабочих мест (страхование по безработице);
	+ проведение мероприятий по предупреждению страховых случаев.

 Страховые взносы в социальные фонды (Пенсионный фонд, фонд занятости, фонд социального страхования, фонд ОМС) - это платежи, которые не являются налогами, не подлежат обезличиванию в государственном и региональных бюджетах. Они используются исключительно на цели защиты граждан от определенных социальных рисков и фактически являются не чем иным, как "превращенной формой" заработной платы при наступлении таких рисков (безработица, болезнь, старость, беременность и роды, несчастный случай и др.) [28].

 Средства социального страхования формируются за счет ежемесячных денежных отчислений в размере 39,5% от фонда оплаты труда (38,5% - от фонда заработной платы и 1% - от заработной платы каждого работающего). Взносы на обязательное медицинское страхование неработающих платит местная администрация.

 Средствами обязательного медицинского страхования управляют Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС, которые созданы на основании "Положения о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования" и "Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования", утвержденных Постановлением Верховного Совета Российской Федерации №4543-1 от 24.02.93 г.

 В основе положений о фондах обязательного медицинского страхования лежит правовая конструкция, учитывающая мировой опыт наиболее эффективной защиты общественных средств от нецелевого их использования. Создание фондов ОМС позволяет обеспечить финансовые условия для сохранения бесплатной для граждан медицинской помощи.

 В отличие от государственных финансовых органов, которые решают множество проблем, возникающих в национальном хозяйстве страны и отдельных ее регионов, и при необходимости используют средства бюджета здравоохранения на другие нужды, фонды ОМС занимаются финансированием только медицинской помощи, тем самым гарантируют целевое их использование. При этом территориальные фонды ОМС обеспечивают сбор страховых взносов и их использование на оплату медицинской помощи населению конкретной территории, а Федеральный фонд ОМС обеспечивает единство системы обязательного медицинского страхования в России и дотирует территориальные фонды при недостатке у них средств, вызванном объективными причинами (тяжелое состояние экономики, большое количество больных и пожилых людей и др.). Федеральный фонд ОМС осуществляет также сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы ОМС, проводит методическую работу по совершенствованию ее деятельности. Следует подчеркнуть, что фонды ОМС - это некоммерческие финансово-кредитные учреждения. [29].

 На обязательное медицинское страхование работодатели ежемесячно направляют средства в размере 3,6% от фонда оплаты труда. В соответствии с федеральным законом "О тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Государственный фонд занятости населения Российской Федерации и в фонды обязательного медицинского страхования на 1996 год" (см. приложение 1) средства распределяются следующим образом. Средства в размере 3,4% от фонда оплаты труда остаются на территории для оплаты медицинской помощи ее населению; 0,2% от фонда оплаты труда перечисляются в Федеральный фонд ОМС, который использует их для обеспечения равных условий получения медицинской помощи всеми гражданами России.

 Средств обязательного медицинского страхования (З,6 % от фонда оплаты труда) достаточно лишь для оплаты 30% сложившегося объема медицинской помощи. Чтобы сохранить бесплатной для граждан медицинскую помощь в полном объеме, необходима компенсация недостающих средств из государственного и местных бюджетов.

 Статья 17 закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" предполагает компенсировать недостающие средства страховыми взносами за неработающее население, которые должны перечисляться в фонды местными администрациями, органами государственного управления республик, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. К сожалению, из-за недостатка средств в бюджете эта часть статьи закона не выполняется.

Правовыми основами обязательного медицинского страхования являются:

* + Конституция Российской Федерации;
	+ Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" и законодательные документы, регулирующие деятельность Федерального и территориальных фондов ОМС;
	+ Базовая программа обязательного медицинского страхования, утвержденная постановлением Правительства РФ № 41 от 23.01.92 г.;
	+ Типовые правила обязательного медицинского страхования, утвержденные 01.12.93 г. ФФОМС и согласованные с Росстрахнадзором,
	+ иные нормативно-правовые документы федерального и территориального уровней управления ОМС.

 Страхователями при обязательном медицинском страховании неработающего населения является государство в лице органов исполнительной власти, при обязательном медицинском страховании работающего населения - предприятия, учреждения, организации независимо от формы собственности и хозяйственно-правового статуса, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий. Под лицами свободных профессий подразумеваются лица творческих профессий, не объединенные в творческие союзы.

 Страхователь при желании может опосредованно влиять на систему медицинской помощи населению. Это влияние осуществляется через:

-участие представителей страхователей в работе правлений фондов ОМС;

- договор обязательного медицинского страхования.

 По организационной структуре фонды ОМС являются юридическими лицами, то есть их средства отделены от средств государственного бюджета (управление средствами государственного бюджета осуществляют органы исполнительной власти, а управление средствами фондов - органы фондов. Фонды обязательного медицинского страхования построены по принципу публично-правового учреждения, то есть руководство деятельностью фонда осуществляется правлением и его постоянно действующим исполнительным органом - исполнительной дирекцией.

 Состав правления Федерального фонда ОМС утверждается органом законодательной власти Российской Федерации. Состав правления территориального фонда ОМС утверждается органом представительной власти территории.

 Председатель правления избирается членами правления Федерального (территориальных) фонда обязательного медицинского страхования. В составе правления Федерального (территориальных) фонда обязательного медицинского страхования предусмотрено участие двух представителей страхователей.

 Правление фонда обязательного медицинского страхования работает на общественных началах. Страхователи в составе правления фонда участвуют в определении направлений развития обязательного медицинского страхования на территории субъекта РФ и контролируют правильность использования средств.

 Договор медицинского страхования заключается между страхователем и страховой медицинской организацией (страховщиком).

 Договор составляется на основе типового договора обязательного медицинского страхования и утверждается органом государственного управления территории.

 Договор заключается в интересах граждан и предусматривает обязательства страховой медицинской организации (страховщика) по организации и финансированию медицинской помощи. Виды и объем медицинской помощи, за организацию и финансирование которой несет ответственность страховщик, определяются территориальной программой обязательного медицинского страхования.

 Договор ОМС дает возможность страхователю эффективно влиять на страховую медицинскую организацию и медицинское учреждение в случае невыполнения или плохого выполнения ими обязательств по организации и оказанию медицинской помощи.

 Страхователь обязан заключить договор обязательного медицинского страхования в пользу конкретного работающего гражданина сразу после подписания с ним трудового соглашения.

 С момента расторжения трудового договора обязанности работодателя (как страхователя) по обязательному медицинскому страхованию перед работником прекращаются и переходят к другому страхователю, в зависимости от нового статуса застрахованного (безработный, работник другого предприятия, пенсионер и т.д.)

 Органы государственного управления, выступающие страхователем неработающего населения, обязаны заключить договор обязательного медицинского страхования при наличии двух условий:

* гражданин не должен работать;
* гражданин должен постоянно проживать на территории, подведомственной органу государственного управления, а также это касается вынужденных переселенцев и лиц, попавших в экстремальные ситуации.

 Обязанность органа государственного управления как страхователя прекращается:

 - при поступлении гражданина на работу;

 - при перемене гражданином постоянного места жительства;

 - в случае смерти гражданина.

 Согласно ст.9 закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" страхователь обязан заключить договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией, вносить страховые взносы (платежи) в порядке, установленном законом и договором медицинского страхования. За отказ предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйственных субъектов независимо от форм собственности от регистрации в качестве плательщиков страховых взносов, за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение установленных сроков их уплаты к плательщикам страховых взносов применяются финансовые санкции.

 Ответственность страхователя за уклонение от заключения договоров обязательного медицинского страхования определяется ст.27 закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". Требовать от страхователя исполнения возложенной на него обязанности по заключению договора ОМС могут:

- гражданин, в пользу которого должен быть заключен договор обязательного медицинского страхования;

- органы государства (прокуратура, органы здравоохранения, фонды ОМС и др.), в функции которых входят общий надзор за соблюдением законности или обязанности по защите интересов населения в области охраны здоровья и по обеспечению реализации закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации".

 Ст. 9 закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" предусматривает право выбора страхователем страховой медицинской организации. Страхователю следует прежде всего проверить, имеет ли страховая медицинская организация государственную лицензию на право осуществления страховой деятельности по обязательному медицинскому страхованию на данной территории, а также показатели ее финансового состояния и платежеспособность.

 Если страхователь удовлетворен степенью надежности выбранной им страховой медицинской организации, то он вправе принимать самостоятельное решение по заключению договоров обязательного медицинского страхования. Ст.7 и 8 закона Российской Федерации "О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках" от 23.03.91 г. запрещает органам власти и управления принимать акты, создающие благоприятные условия для деятельности отдельных хозяйственных субъектов, или заключать соглашения о разделе рынка по территориальному принципу. Органы власти и управления не имеют права навязывать страхователю условия по заключению договора со страховой медицинской организацией, не устраивающей страхователя.

 Право страхователя на осуществление контроля за выполнением условий договора обязательного медицинского страхования может быть реализовано им путем организации и осуществления собственных проверок исполнения условий договора. Страхователь может поручить проведение проверки компетентной независимой экспертной организации (например, проверить соответствие установленным требованиям условий оказания медицинской помощи застрахованным и др.).

 Требования к видам, объему и условиям оказания медицинской помощи устанавливаются территориальной программой обязательного медицинского страхования, которая является приложением к договору ОМС.

 Страхователи могут влиять на исполнение обязательств по договору ОМС, используя:

- переговоры с руководителями страховой медицинской организации, применение предусмотренных договором штрафных санкций;

- расторжение договора ОМС (это повлечет за собой прекращение финансирования территориальным фондом страховой медицинской организации);

- обращение в суд в случае не достижения согласия в ходе переговоров;

- влияние через своих представителей в управлении фонда обязательного медицинского страхования.

 Страхователь обязан вносить страховые взносы на ОМС в порядке, установленном действующим законодательством. В случае невыполнения данной обязанности взносы могут быть взысканы в принудительном порядке. Механизм принудительного взыскания взносов предусмотрен законом "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" и установлен "Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования", утвержденным постановлением Верховного Совета Российской Федерации *№* 4543-1 от 24.02.93г, и "Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование", утвержденной постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации "- 1018 от 11.10.93 г.

## 5. ПОРЯДОК НАЧИСЛЕНИЯ И ЛЬГОТЫ

 В соответствии с нормативными документами для предприятий, организаций, учреждений и иных хозяйствующих субъектов независимо от форм собственности страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование установлен в размере 3,6% по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям в следующем соотношении:

* в Федеральный Фонд - в размере 0,2%;
* в территориальные Фонды - в размере 3,4%.

 На основании нормативных актов плательщиками взносов в Фонды обязательного медицинского страхования являются:

* предприятия, учреждения, организации;
* филиалы и представительства иностранных юридических лиц (по выплатам как российским, так и иностранным гражданам);
* крестьянские (фермерские) хозяйства;
* родовые семейные общины малочисленных народов Севера, занимающиеся традиционными отраслями хозяйствования;
* граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица;
* граждане, занимающиеся в установленном порядке частной практикой: адвокаты, частные детективы, частные охранники, нотариусы;
* граждане, использующие труд наемных работников;
* лица творческих профессий, не объединенные в союзы [27].

 В соответствии с п.4 Положения страховые взносы в Фонды обязательного медицинского страхования производятся плательщиками в установленных законодательством РФ размерах по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям, в том числе по договорам подряда и поручения, из которой в соответствии с законодательством РФ осуществляются отчисления на обязательное медицинское страхование. Не начисляются страховые взносы на выплаты, не являющиеся оплатой труда, в частности, на материальную помощь, дивиденды по акциям, ссуды работникам и т.п.

 Крестьянские (фермерские) хозяйства, родовые (семейные) общины малочисленных народов Севера на основании Постановления Правительства РФ от 06.10.94 № 1139 уплачивают страховые взносы в Фонды обязательного медицинского страхования с сумм доходов, полученных за истекший календарный год.

 Отчисления в Фонды обязательного медицинского страхования от затрат на оплату труда работников, включаемых в себестоимость продукции по элементу “Затраты на оплату труда”, включаются в себестоимость продукции.

 От уплаты взносов на обязательное медицинское страхование освобождены общественные организации инвалидов, находящиеся в собственности этих организаций предприятия, объединения и учреждения, созданные для осуществления их уставных целей.

 При проведении избирательных кампаний в ФС РФ, представительные и исполнительные органы государственной субъектов РФ и органы местного самоуправления страховые взносы в Фонды обязательного медицинского страхования не начисляются на:

* средства избирательных фондов кандидатов в депутаты федеральных органов государственной власти, представительных и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, полученные и израсходованные на проведение избирательных кампаний, а также учтенные в установленном порядке;
* доходы, получаемые от избирательных комиссий членами избирательных комиссий, осуществляющими свою деятельность в указанных комиссиях не на постоянной основе;
* доходы, получаемые физическими лицами от избирательных комиссий, а также из избирательных фондов кандидатов в депутаты и избирательных фондов избирательных объединений за выполнение указанными лицами работ, непосредственно вязанных с проведением избирательных кампаний.

 Страховые взносы в фонды ОМС не начисляются на фонд оплаты труда иностранных физических лиц, привлекаемых на период реализации целевых социально-экономических программ (проектов) жилищного строительства, создания, строительства и содержания центров профессиональной переподготовки военнослужащих, лиц, уволенных с военной службы, и членов их семей, осуществляемых за счет займов, кредитов и безвозмездной финансовой помощи, предоставляемых международными организациями и правительствами иностранных государств, иностранными юридическими и физическими лицами в соответствии с межправительственными и межгосударственными соглашениями, а также соглашениями, подписанными по поручению Правительства РФ уполномоченным им органами государственного управления [27].

 От уплаты страховых взносов в Фонд обязательного медицинского страхования РФ по денежному довольствию военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава освобождены те же министерства и ведомства, что и от платежей Фонд социальной защиты.

 Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов на обязательное медицинское страхование, предусмотрены следующие сроки уплаты страховых взносов в Фонды обязательного медицинского страхования:

* все плательщики, являющиеся работодателями, уплачивают страховые взносы один раз в месяц в срок, установленный для получения заработной платы за истекший месяц;
* граждане уплачивают страховые взносы с тех видов доходов и в те сроки, которые установлены для них законодательством РФ о подоходном налоге с физических лиц;
* физические лица, нанимающие граждан по договорам, уплачивают страховые взносы ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за месяцем выплаты заработка этим гражданам;
* крестьянские (фермерские) хозяйства и родовые (семейные) общины малочисленных народов Севера с 01.01.95 уплачивают страховые взносы один раз в год не позднее 1 апреля следующего года.

 На основании п.9 Положения к плательщикам, нарушающим порядок уплаты страховых взносов, до 17 августа 1999 года, то есть до введения части первой Налогового кодекса, применялись следующие финансовые санкции:

* за отказ работодателя от регистрации в качестве плательщика страховых взносов - штраф в размере 10% причитающихся к уплате сумм страховых взносов;
* за непредставление в установленные сроки расчетной ведомости по страховым взносам - штраф в размера 10% от причитающихся к уплате в отчетном квартале сумм страховых взносов;

 В соответствии с п.10 Положения о порядке уплаты страховых взносов в Фонды обязательного медицинского страхования при взыскании в бесспорном порядке с работодателей заниженных страховых взносов, недоимок и штрафов Фонды обязательного медицинского страхования пользуются правами, предоставленными налоговым органам РФ по взысканию не внесенных в срок налогов. Эти права до 1 января 2001 года, то есть до введения в действие части второй Налогового кодекса, реализовывались:

* исполнительной дирекцией Федерального Фонда обязательного медицинского страхования в лице исполнительного директора;
* территориальными Фондами обязательного медицинского страхования в лице своих исполнительных директоров;
* руководителями филиалов территориального Фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с положением о филиале, утверждаемом исполнительным директором территориального фонда.

 В соответствии с п.11 Положения о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные Фонды обязательного медицинского страхования контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов в Фонды обязательного медицинского страхования осуществляются совместно Федеральным и территориальным Фондами обязательного медицинского страхования и органами государственной налоговой службы РФ. Филиалы территориальных Фондов обязательного медицинского страхования вправе осуществлять контроль за сбором страховых взносов на обязательное медицинское страхование со всех страхователей города (района) самостоятельно, без участия органов государственной налоговой службы РФ [27].

**III.ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

***1. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ***

 Обеспечение здравоохранения необходимыми экономическими ресурсами является сложной проблемой, решаемой в рамках макроэкономического регулирования. Сложность ее усугубляется объективными трудностями, с которыми столкнулась экономика России в переходный период. Перед здравоохранением стоят две основные задачи, которые так или иначе находят свое отражение в экономической и социальной политике:

1. Достижение достаточности финансовых ресурсов для выполнения программ медицинской помощи в соответствии с потребностями населения.

2. Повышение эффективности и качества работы систем здравоохранения.

 Для объективной оценки современного состояния финансирования здравоохранения России собраны данные за 1992-94 гг., которые характеризуют бюджетные, внебюджетные и прочие источники [31]. Схема финансирования лечебного учреждения в современных условиях претерпевает значительные изменения по сравнению с существовавшей ранее. Финансирование медицинских учреждений в условиях медицинского страхования осуществляется по схеме, представленной на рис. 7.

**Рис. 7. Источники финансирования медицинского учреждения**

 **в условиях ОМС**

 В таблице 9 приведены расходы на здравоохранение в России в 1992-1994 годах. Следует отметить, что такая величина расходов на здравоохранение (в % к валовому внутреннему продукту - ВВП) в нашей стране достигнута впервые. В предыдущие годы она достигала 3,1-3,6% ВВП. Видно, что общая величина расходов в здравоохранении составила 1994 г. 4,54% ВВП, увеличившись за два года на 1,01 % ВВП. Анализ показывает, что во всем мире на здравоохранение тратится 8% ВВП, в том числе в странах с развитой рыночной экономикой 9,3%, в демографически развивающихся странах - 4,7%, в бывших социалистических странах Европы - 3,5% ВВП. Сведения по России 3,03% ВВП для 1990 г. - по нашему мнению, несколько занижены, но истинная величина не превышает 3 6% ВВП.

***Табл.* 9**

**Расходы на здравоохранение в России в 1992-94 гг. (млрд. руб.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ГодыИсточники финансирования | **1992** | **1993** | **1994** | **% к ВВП** |
| абс | % | абс | % | абс |  %  | 1992 | 1993 | 1994 |
|  Федеральныйбюджет | 467,8  | 73,5 | 5441,6  | 75,1 | 19707 | 68,8 | 2,6 | 3,35 | 3,13 |
| Внебюджетные фонды(ФОМС) | - | - | 681,7 | 9,4 | 6022 | 21 | - | 0,42 | 0,96 |
| Сводный бюджет | 467,8 | 73,5 | 6123,3 | 84,5 | 25725 | 89,9 | 2,6 | 3,77 | 4,08 |
| Другие источники | 168,4 | 26,5 | 1119,9 | 15,5 | 2898 | 10,1 | 0,93 | 0,69 | 0,46 |
| Всего | 636,2 | 100 | 7243,2 | 100 | 28627 | 100 | 3,53 | 4,46 | 4,54 |

 Таким образом, Россия в 1990 г. занимала среди стран мира не лучшее место по уровню расходов на здравоохранение. Поэтому повышение макроэкономической пропорции до 4,5% ВВП оправдано.

 **1992 г 1994 г**

**Рис. 8. Структура расходов на здравоохранение**

 На основе сравнительного и ретроспективного анализа учеными сделан вывод о закономерном характере роста затрат на здравоохранение. Согласно экономическому закону возвышения потребностей по мере экономического роста удовлетворение одних потребностей порождает другие, более сложные. К их числу были отнесены и потребности в услугах здравоохранения. Отрасль нацеливается на возможно более полное удовлетворение потребностей населения в лечебной и профилактической медицинской помощи. При этом такое расходование ресурсов носит объективный с социальных и экономических позиций характер. Оно обеспечивает увеличение человеческого капитала, самоокупаемое и доходное. Сохранение в СССР невысокого уровня финансирования здравоохранения было признано многими учеными как противоречие общественным тенденциям. Этот факт приобрел еще в 80-е годы ярко выраженную социальную, политическую и экономическую окраску. Еще более он значим сейчас, когда по-разному интерпретируется в оценках складывающейся в России социально-экономической и политической ситуации, содержащихся в программах и заявлениях партий и политических движений.

 Анализ данных таблицы 7 показывает, что в период 1992-94 гг. произошло не просто увеличение доли ВВП, направляемой на нужды здравоохранения, но и существенное изменение источников формирования его финансовой базы. Прежде всего, изменились роль и значение консолидированного бюджета в общих расходах на здравоохранение. Еще в 1992 г. консолидированный бюджет составлял свыше 73% затрат, а в 1994- 68,8%. Но в % от ВВП консолидированный бюджет вырос с 2,6% до 3,13% в 1994 г. Следовательно, если говорить о пропорциях ВВП, то роль и значение консолидированного бюджета выросли, что видно из данных табл. 2, которые характеризуют, прежде всего, тенденцию роста всех социальных расходов консолидированного бюджета: в % к ВВП она выросла с 7,6 в 1992 г. до 9,3 в 1994 г., или на 1,7 процентных пункта. При этом доля здравоохранения во всех социальных расходах консолидированного бюджета незначительно снизилась, что не повлияло на увеличение доли здравоохранения в ВВП.

 Основную роль в увеличении макроэкономических пропорций формирования ресурсной базы здравоохранения сыграли внебюджетные средства фонда обязательного медицинского страхования. Как видно из данных таблиц 9 и 10, еще в 1992 г. внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования отсутствовали и возникли лишь в 1993 г. Этому событию предшествовала большая работа по теоретическому обоснованию их необходимости, организационной проработке конкретных экономических форм и механизма реализации [31].

 Как уже отмечалось выше, попытки увеличить ресурсную базу здравоохранения предпринимались в нашей стране еще в конце 80-х годов. Но в рамках существовавшей в то время социально-экономической системы эти попытки не увенчались успехом, так как развитие здравоохранения не было поставлено в число приоритетных задач, а в жесткой конкуренции потребителей государственного бюджета здравоохранение оказалось в числе отраслей, финансировавшихся "остаточным" методом.

***Таблица 10***

**Социальные расходы сводного бюджета (в % и ВВП)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1992 |  1994 | Измененияза 1993-94 гг. |
| Консолидированный бюджет:– все социальные расходы | 7,6 | 9,3 | +1,7 |
| В т. ч. на здравоохранение | 2,6 | 3,13 | +0.53 |
| Доля здравоохраненияВ социальных расходах | 34,21 | 33,66 | -0,55 |
| Федеральный бюджет:– все социальные расходы | 2,3 | 1,7 | -0,6 |
| В т. ч. на здравоохранение | 0,47 | 0,41 | -0,06 |
| Доля здравоохраненияВ социальных расходах | 20,4 | 24,1 | +3,7 |
| Территориальные бюджеты:- все социальные расходы | 5,3 | 7,6 | +2,3 |
| - в т. ч. на здравоохранение | 2,13 | 2,72 | +0,59 |
| Доля здравоохраненияв социальных расходах | 40,2 | 35,8 | -4,4 |
| Внебюджетные фонды:- все социальные расходы | 6,0 | 8,4 | +2,4 |
| В т. ч. на здравоохранение | - | 0,97 | +0,97 |
| Доля здравоохраненияв социальных расходах | 0 | 11,2 | 40,4 |
| Сводный бюджет:все социальные расходы | 13,6 | 17,7 | +4,1 |
| В т. ч. на здравоохранение | 2,6 | 4,1 | +1,5 |
| Доля здравоохраненияв социальных расходах | 19,1 | 23,2 | 36,6 |
| Доля здравоохраненияво всех социальных расходах | 19,1 | 23,2 | 36,6 |

 Нужно было искать иную форму мобилизации ресурсов. Для здравоохранения этот вывод был усилен развитием рыночных отношений, внедрением в экономическую жизнь таких категорий, как стоимость рабочей силы, рынок труда и капитала, маркетинг, платежеспособный спрос и т. д. Опыт зарубежных стран, достигших заметных успехов в охране здоровья населения, подсказывал целесообразность восстановления существовавшей когда-то в России страховой системы. Были предложены модели мобилизации финансовых ресурсов для здравоохранения путем их включения в себестоимость продукции. По этому пути в свое время пошли европейские страны, Канада и другие страны.

 Первоначальный замысел состоял в том, чтобы добиться увеличения ресурсов здравоохранения на основе постепенного развития многоканальности источников финансирования. Привлекать для этого средства предприятий путем воссоздания обязательного и расширения добровольного медицинского страхования работников. Привлекать средства населения на основе некоторой либерализации хозрасчетной деятельности бюджетных учреждений здравоохранения, создания медицинских кооперативов, снятия необоснованных ограничений частной медицинской практики; добровольных пожертвований.

 Исходной посылкой служило положение о том, что на нужды здравоохранения следует тратить не менее 5% ВВП. Лишь с достижением указанного значения ресурсной базы здравоохранение начинает отвечать требованиям простого и расширенного воспроизводства, складывающимся условиям функционирования современных производительных сил и соответствовать потребностям людей в более продолжительной и качественной жизни. Расходы на здравоохранение - это элемент стоимости жизни и стоимости рабочей силы. Введение обязательного медицинского страхования в России легализовало этот постулат.

 С социальной и экономической точек зрения, введение обязательного медицинского страхования (ОМС) имеет принципиальное значение.

 Во-первых, признается участие затрат на охрану здоровья в формировании стоимости рабочей силы, а сам способ мобилизации ресурсов на нужды здравоохранения из сферы распределения и перераспределении переносится (хотя и частично) в сферу производства.

 Во-вторых, в перспективе развитие правовой базы ОМС позволит работодателю стать одним из участников экономических отношений по поводу здоровья наемных работников, ответственным за его состояние. Ясно, что это положение будет иметь, по существу, стратегическое значение для дальнейших судеб здравоохранения. Оно позволяет в дальнейшем повысить роль профилактики в укреплении здоровья непосредственно на рабочих местах, используя для этого экономические рычаги (освобождение предприятий, учреждений, обеспечивающих решение оздоровительных задач и осуществляющих научные исследования в области здравоохранения, от налогов, сборов, пошлин).

 В рамках макроэкономического анализа отметим, что средства обязательного медицинского страхования возникли в 1993 г. и составили 0,42 % ВВП. Вместе с ростом консолидированного бюджета эти два основных источника в 1993 г. увеличили финансовую базу здравоохранения. В 1994 г. средства ОМС сыграли решающую роль в том, чтобы не только сохранить выросшую в 1993 г. до 3,7% ВВП долю сводного бюджета, но и еще более ее повысить - до 4,1%. В 1994 г. роль консолидированного бюджета в формировании ресурсов здравоохранения снизилась с 3,35% до 3,13%, или на 0,22 процентных пункта, то есть произошло частичное замещение бюджетных средств средствами обязательного медицинского страхования. Если говорить о количественной мере замещения, то она может характеризоваться как 6,6%. То есть в 1994 г. снижение расходов на здравоохранение из консолидированного бюджета на 6,6% (или 0,22 процентных пункта ВВП) было компенсировано ростом расходов из фондов ОМС на те же 0,22 процентных пункта ВВП, или 42% прироста всех средств ОМС. Уже в 1994 г. доля ОМС составила 20,3% всех расходов на здравоохранение, или 22,6 % сводного бюджета.

 Внебюджетные фонды ОМС, возникнув в 1993 г., обеспечили в этот же год прирост расходов на здравоохранение на 0,42% ВВП, а в 1994 г. еще на 0,5%. В итоге двух лет прирост расходов за счет внебюджетных фондов составил 0,92% ВВП. В целом расходы на здравоохранение сводного бюджета приросли на 1,5% ВВП, в том числе за счет прироста консолидированного бюджета - на 35,3%, а за счет внебюджетных фондов - на 64,7%.

 Столь значительный рост государственных расходов на здравоохранение отчасти компенсировал снижение расходов на эти цели предприятий и других юридических и физических лиц.

 Важное структурное изменение, произошедшее в последние годы, – повышение роли государственных источников финансирования здравоохранения. Сводный бюджет в 1992 г. составлял 73,5% всех финансовых поступлений на здравоохранение, а в 1994 – 89,8%.

 Представляют интерес и макроэкономические характеристики расходов на здравоохранение. Сопоставление их величины с валовым внутренним продуктом свидетельствует об ошибочности распространенного мнения о том, что масштабы государственного участия в финансировании здравоохранения снижаются. В 1993-94 гг. снизились лишь расходы федерального бюджета с 0,47% ВВП до 0,37%. Однако это снижение было перекрыто как увеличением расходов территориальных бюджетов, так и внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования.

 Роль других (или прочих) источников формирования ресурсной базы здравоохранения понизилась. В настоящее время нет возможности обосновать подробные расчеты этого канала поступления средств. Известно лишь, что за 1992-94 гг. все социальные расходы предприятий уменьшились более чем вдвое.

***Таблица 11.***

 **Объем платных услуг, оказанных населению**

**учреждениями здравоохранення**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1985 | 1990 | 1992 | 1993 | 1994 |
| Всего млн. руб.в фактически действовавшихценах | 134.8 | 408.1 | 5408.3 | 72520.9 | 416193,2 |
| На одного жителя. | 1 | 3 | 36 | 488 | 2086 |
| В % общему объемуплатных услуг населению | 0,5 | 0,9 | 1,6 | 1,8 | 1,9 |

 Представляется вполне достоверным, что пропорционально уменьшились расходы предприятий на нужды здравоохранения. Средства же населения на приобретение платных услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения, выросли незначительно и составили в 1994 г. всего 1,5% расходов из всех источников [31].

 Экспертно принято равномерное снижение роли других (прочих) источников с 0,93% ВВП в 1992 г. до 0,69% ВВП в 1993 г. и до 0,46% в 1994 г. Эта цифра может быть уточнена, однако масштабы уточнения, скорее всего, будут незначительными. Лишь с глубокой проработкой проблемы "теневой экономики" вообще и в здравоохранении в частности, можно будет внести некоторые более заметные коррективы в данную проблему.

 Данные таблицы 10 среди вышеописанных макроэкономических характеристик свидетельствуют и об изменении соотношения между федеральным бюджетом и бюджетом территорий (в рамках консолидированного бюджета).

 В 1992 г. их доли составляли соответственно 18 и 82% консолидированного бюджета. За 1993 г. расходы на здравоохранение территориальных бюджетов выросли на 0,87% ВВП. Но в 1994 г. они сократились на 0,24% ВВП. В итоге за два года получен прирост доли (в ВВП) расходов консолидированного бюджета.

 Рассматриваемое структурное изменение также не является самоцелью. Федеральные органы власти сознательно формируют новую позицию региональных органов управления, их экономическую самостоятельность в организации охраны здоровья людей. Ориентация в основном на собственные средства создает в регионах мотивационный механизм выбора такой стратегии развития сети учреждений, проведения мер профилактики и т. д., которые бы соответствовали особенностям социально-гигиенической ситуации в регионе. И в дальнейшем государство сохранит за собой заметную роль в его организации, но его функции заметно трансформируются. Центральные органы сосредоточат усилия на выполнении функции государственного заказчика по федеральным программам здравоохранения, координатора федеральных программ касающихся охраны здоровья населения. Эти функции особенно важны для обеспечения рационального взаимодействия министерств и ведомств, организаций и учреждений в деле охраны здоровья населения.

 Развиваясь как медико-индустриальный комплекс, система охраны здоровья требует проведения единой научно-технической политики в производстве и эксплуатации обходимого оборудования, лекарств и изделий медицинского назначения. В связи с этим особая роль будет надлежать Центру в обеспечении развития медицин технологий, подготовке кадров. Таким образом, деятельность государственных служб сосредоточится на стратегических направлениях развития медико-индустриального комплекса.

 Снижение роли федерального бюджета в консолидированном бюджете здравоохранения компенсируется повышением роли местных органов власти в финансировании медицинской помощи. Экономическая самостоятельность регионов, ориентация в основном на собственные средства и экономические ресурсы создают мотивационный механизм выбора оптимальных региональных программ в части структуры медицинской помощи. Региональные органы власти призваны взвешивать потребности селения и возможности, которыми располагает регион. Ясно, что в силу ограниченности ресурсов абсолютно все потребности населения удовлетворить невозможно. Возникает задача оптимизации распределения ограниченных ресурсов, использования в управлении ресурсами здравоохранения социальных оценок, выбора приоритетов. В этой связи встает задача разработки научных основ селективной политики в здравоохранении, обоснования приоритетов. Ожидаемый эффект от этого направления реформ состоит в стимулировании структурной перестройки медицинской помощи - значительное увеличение роли первичного, амбулаторно-поликлинического звена, что будет соответствовать исправлению существующей гипертрофии медицинской помощи в сторону стационарной.

 В здравоохранении России в период 60-80 годов расходование ограниченных государственных средств развивалось ориентированно преимущественно на экономически малоэффективные дорогостоящие вмешательства уровне специализированных клиник, в то время как весьма эффективные и относительно дешевые вмешательства в районной системе здравоохранения, особенно в сельской местности, не получали достаточного финансирования

 Одна из задач политики здравоохранения на современном этапе состоит в том, чтобы обеспечить приоритет районной (местной) системы оказания медицинской помощи. Решение этой задачи исходит не только из прозаической реальности - ограниченных финансовых возможностей общества по содержанию системы медицинского обслуживания, определяемых утвержденным на основе консенсуса социальным стандартом. Ясно, что наибольший эффект может быть получен в том случае, если эти чрезвычайно ограниченные средства будут потрачены таким образом, чтобы в первую очередь удовлетворить потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи на относительно недорогие медицинские вмешательства.

***7. Оценка структуры медицинской помощи***

 Структурная перестройка медицинской помощи в определенной мере может дать экономический эффект без ущерба для интересов пациентов только за счет замены стационарной помощи амбулаторно-клинической там, где это возможно с точки зрения медицинских технологий и условий расселения. О том, что резервы для этого есть, говорит тот факт, что в России уровень госпитализаций выше, чем во многих цивилизованных странах. В России он составлял 21-22% всего населения, тогда как в странах с развитой рыночной экономикой – 12-13% населения (табл. 12) [31].

***Таблица 12.***

 **Численность госпитализированных больных в РФ на 100 жителей**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 1950 | 1960 | 1970 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
| Городскоенаселение  | 15,2 | 19,1 | 20,0 | 20,9 | 22,0 | 19,5 | 18,9 | 20,0 | 20,0 |
| СельскоеНаселение  | 7,1 | 16,2 | 21,7 | 26,8 | 25,1 | 25,0 | 23,4 | 25,0 | 25,0 |
| Все население  | 10,6 | 17,8 | 21,2 | 25,2 | 22,8 | 21,8 | 21,0 | 21,6 | 21,6 |

 Но и в 1992-94 гг. уровень госпитализационной активности достиг 21,6%, что выше, чем в большинстве развитых стран. Так что ожидаемый эффект реформирования здравоохранения - усиление роли местных органов в формировании рациональной структуры медицинской помощи – в 1994 году не был достигнут.

 Одним из важных вопросов экономики здравоохранения является определение структуры расходов на здравоохранение с определением той доли расходов, которые приходятся на первичное звено (амбулаторно-поликлинические учреждения) и стационар. Этот вопрос актуален для нашей страны с определением стратегии расходования ограниченных средств. Мировая практика показала, что до начала промышленной революции в здравоохранении на стационары тратилась подавляющая часть средств - примерно 80%.

 В результате промышленной революции в здравоохранении удалось переместить часть средств на первичное звено. Но и сейчас на стационарную помощь тратится 60% всех ресурсов без какого-либо ущемления интересов пациентов. Это направление экономической реформой в здравоохранении нашей страны частично реализуется в ускорении развертывания новых типов организации медицинской помощи.

 Так, число дневных стационаров при лечебно-профилактических учреждениях общей сети увеличилось с 804 в 1990 г. до 1210 в 1994 г., а число коек в них с 11,7 до 21,4 тысяч. Число стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в больницах возросло с 281 до 370 в 1994 г., а число коек в них - с 8028 до 9947. Число учреждений, имеющих стационары на дому, возросло с 404 до 552 (10,75). На этом фоне взвешенно следует оценивать факт снижения обеспеченности населения больничными койками. Ожидается, что по мере развертывания экономической реформы в здравоохранении потребность в больничных койках, а, следовательно, капитальных вложений на расширение их числа будет снижаться. Это будет происходить в силу того, что население будет шире пользоваться альтернативной медицинской помощью, и на этой основе удастся сократить уровень госпитализации населения до нормальной величины, диктуемой объективными потребностями населения. Как показывает международный опыт, эта цифра может составлять 14-15%.

***Таблица 13.***

**Среднее число посещений врачей одним жителем**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
| Городское население | 10,7 | 10,4 | 10,2 | 10,3 | 10,1 |
| Сельское население | 6,1 | 6,1 | 6,0 | 6,1 | 6,0 |
| Все население | 9,5 | 9.3 | 9,2 | 9,0 | 8,9 |

 Однако одним из парадоксов реформирования системы здравоохранения явилось не только сохранение высокого уровня госпитализационной активности населения, но и некоторое снижение числа посещений врачей в расчете на одного жителя (табл. 13) [31].

 В этих условиях пока трудно судить об эффективных структурных сдвигах в здравоохранении, обусловленных процессом его реформирования. Однако встает проблема методического характера – как оценивать структурные сдвиги, в частности, соотношение стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. Для этого предлагается специально разработанный метод "КВАНТ", суть которого состоит в том, что различные виды помощи получают количественную оценку в условных единицах, величина которых эквивалентна их стоимостным значениям. В соответствии с этим принята следующая классификация отдельных видов услуг в здравоохранении (условных единицах) [31]:

Таблица 14.

 Классификация услуг в здравоохранении

|  |  |
| --- | --- |
| Один койко-день в стационаре | 1000 |
| Один койко-день в дневном стационаре | 600 |
| Одно врачебное посещение в амбулаторно-поликлиническом учреждении | 400 |
| Одно фельдшерское посещение | 200 |

*Таблица 15.*

 Совокупный объем медицинской помощи

 населению России в 1992 – 1994 гг.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1990 | 1992 | 1994 |
| Тип ЛПУ | Усл.ед. | % к итогу | Усл.ед. | % к итогу | Усл.ед. | % к итогу |
| В больничныхУчреждениях | 559,8 | 47,8 | 529,5 | 47,6 | 577,3 | 50,1 |
| В дневных стационарах | 3,2 | 0,3 | 4,7 | 0,4 | 5,7 | 0,5 |
| В амбулаторно-поликлиническихучреждениях | 562,1 | 47,9 | 533,9 | 48,0 | 526,8 | 45,8 |
| В фельдшерско-акушерских пунктах | 47,2 | 4,0 | 44,4 | 4,0 | 41,6 | 3,6 |
| ИТОГО | 1172,3 | 100 | 1112,5 | 100 | 1151,4 | 100 |

 Данный перечень не претендует на исчерпанность, и при более детальном специальном рассмотрении данного вопроса он, очевидно, может быть расширен. Но в данном случае при принципиальной постановке вопроса о методе измерения физического объема медицинской помощи и ее структуре мы ограничиваемся приведенными расчетами, чтобы не усложнять изложение рассматриваемого вопроса [31]. Результаты расчетов свидетельствуют, что структурные сдвиги физического объема медицинской помощи в пользу первичного звена пока еще не произошли. Более того, роль стационара даже несколько возросла.

***Таблица 16*.**

**Расходы на здравоохранение в России в текущих**

**и сопоставимых ценах**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1990 | 1992 | 1994 | 1994 к 1990 | в % к 1992 |
| Всего затрат на здравоохранение, млрд. руб. в текущих ценах. | 21,5 | 636,2 | 28362 | 1320 | 458,7 |
| В сопоставимых ценах | 21,5 | 9,4 | 13,7 | 63,7 | 145,7 |
| Физический объем услуг, млрд. усл. Единиц | 1172,3 | 1112,5 | 1154,4 | 98,2 | 103,5 |
| Стоимость 1000 усл. единиц в текущих ценах | 18,3 | 571,9 | 24632 | 1346 | 4307 |
| В сопоставимых ценах 1990 г | 18,3 | 8,4 | 11,9 | 65,0 | 141,7 |
| В % к 1990 г | 100 | 46,1 | 65,0 | - | - |
| Расходы на душу населения, руб. в текущих ценах | 145,3 | 4291 | 19163 | 51312 | 4,465 |
| В сопоставимых ценах 1990 г | 145,3 | 63,2 | 64,2 | - | 101,5 |
| В % к 1990 г | 100 | 43,5 | 44,2 | - | - |

 С ускорением реформирования здравоохранения можно ожидать повышения роли первичного звена. Финансовые пропорции распределения ресурсов между стационаром и амбулаторно-поликлиническим звеном в дальнейшем должны измениться. Промышленная революция в здравоохранении, осуществляемая в странах с развитой рыночной экономикой, способствовала значительному повышению доли амбулаторно-поликлинического звена в общих расходах здравоохранения. Развитие профилактики, обнаружение заболеваний на начальных стадиях будут способствовать дальнейшему увеличению доли амбулаторно-поликлинического звена в общей сумме расходов на здравоохранение. Этот фактор, равно как и укрепление районной системы здравоохранения будет способствовать перемещению финансовых потоков с федерального на местный уровень, возрастанию доли средств субъектов федерации в консолидированном бюджете.

 Макроэкономическая характеристика формирования ресурсов здравоохранения дополняется анализом величины среднедушевых расходов в текущих и сопоставимых ценах.

 Это важно и для динамических расчетов, и для различных сопоставлений. За 1991-94 гг. все расходы на здравоохранение выросли в текущих ценах в 1320 раз, с учетом же индекса цен расходы на здравоохранение сократились примерно на одну треть. В расчете на душу населения расходы на здравоохранение составили в 1994 г. 191,6 тыс. руб., или примерно 64% от уровня 1990 года [31].

Макроэкономический анализ состояния здравоохранения включает также рассмотрение структуры расходов и ее изменение. В этом аспекте период последних лет отличается наибольшими изменениями. Как показывают приведенные в табл. 8 данные, наиболее заметное изменение претерпела в структуре расходов заработная плата: ее доля упала более чем вдвое, что связано не в последнюю очередь со снижением уровня оплаты труда медицинских работников. Одновременно с этим выросли расходы, связанные с начислениями на заработную плату, что является общей характерной чертой переходной экономики России.

 Из других характерных черт следует отметить снижение доли затрат на питание, приобретение мягкого инвентаря, а также увеличение доли хозяйственных расходов (включая сильно вздорожавшие тарифы на энергию, воду, коммунальные нужды) и расходов по приобретению оборудования и инвентаря, также сильно вздорожавших [31].

 Важным аспектом анализа состояния финансирования здравоохранения являются международные сравнения, в частности, величины расходов на здравоохранение в расчете на душу населения. Трудности такого рода сравнений связаны с обеспечением сопоставимости полученных данных.

 В таблице 9 приведены расчетные данные о величине расходов на здравоохранение в целом по стране и в расчете на душу населения в долларах США. В основу расчетов взяты данные Госкомстата России по программе международных сопоставлений и приведенные выше расчеты затрат на здравоохранение и их доли в ВВП. Не вдаваясь в полемику с Госкомстатом России о корректности расчетов ВВП, полученных в результате международных сопоставлений, отметим, что даже в первом приближении сравнение среднедушевых расходов на здравоохранение говорит не в нашу пользу. При этом со временем разрыв вырос [31]. Однако механически переносить на здравоохранение показатели покупательной способности, общие для всей экономики, на наш взгляд, нельзя, так как в России товары и услуги, относящиеся к здравоохранению, относительно дешевле, чем в США.

 В этой связи, не проводя специальных исследований, сошлемся на мнение известного экономиста И.Бирмана, который доказал данный тезис в сравнительном анализе уровня жизни населения СССР и США. Им рассчитаны паритеты для товаров и услуг здравоохранения (рубль/доллар), равные для условий 80-х годов 0,117 – при советских весах и 0,400 при американских весах, в то время как официальный паритет до 1990 года составлял 0,52.

***Таблица 17***

**Расчет валового внутреннего продукта России по результатам программы международных сопоставлений и расходы на здравоохранение.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1994 в % к 1990 |
| ВВП РФ, млрд. долларов | 1268,4 | 1150,7 | 956,5 | 868,3 | 738,0 | 58,2 |
| На душу населения долларов | 8555,7 | 7743,8 | 6432,6 | 5839,2 | 4963,0 | 57,8 |
| Расходы на здравоохр. РФ млрд. долларов | 41,9 | 36,8 | 33,8 | 38,7 | 33,3 | 79,5 |
| На душу населения долларов | 282,4 | 247,8 | 227,1 | 260,4 | 223,8 | 79,2 |
| % к ВВП | 3,3 | 3,2 | 3,5 | 4,4 | 4.5 | - |
| Расходы на здравоохр. В США на душу населения долларов | 2765 | 2780 | 2796 | 2968,5 | - | - |
| Россия в % от США расходы на душу нас. | 10,2 | 8,9 | 8,1 | 8,8 | - | - |

***Таблица 18***

**Структура расходов на здравоохранение**

 **из консолидированного бюджета (в %)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1978 | 1993 |
| Заработная плата | 57,1 | 27,0 |
| Начисления на заработную плату | 1,2 | 9,4 |
| Канцелярские и хозяйственные расходы | 9,2 | 12,2 |
| Расходы на питание | 9,6 | 6,0 |
| Приобретение медикаментови перевязочных средств | 8,9 | 8,8 |
| Приобретение оборудования и инвентаря | 2,6 | 10,5 |
| Приобретение мягкого инвентаряи обмундирования | 2,3 | 1,0 |
| Государственные капитальные вложения | 4,6 | 4,5 |
| Капитальный ремонт зданий и сооружений | 3,3 | 6,8 |
| Прочие расходы | 1,2 | 13,7 |
| ИТОГО | 100 | 100 |

 При этих условиях соотношение физических объемов услуг здравоохранения России и США значительно возрастает. По данным за 1990 г., относящимся к СССР, среднедушевое потребление услуг здравоохранения составляло в нашей стране 11,6-39,8% от уровня США, при геометрической средней – 21,4% (16,81). По ориентировочным расчетам в 1994 г. это соотношение сократилось до 18,1%.

Проведенный анализ свидетельствует о тяжелом финансовом состоянии отечественного здравоохранения. Даже используя общий, а не отраслевой индекс цен, можно видеть, что расходы, выраженные в ценах 1990 года, в расчете на условную единицу сократились более чем вдвое к 1992 году и более чем на треть в 1994 году (табл. 18).

 Полагаем, что оценка степени недофинансирования здравоохранения может быть произведена на основе удельных затрат (в расчете на единицу услуг). За прошедшие годы не произошло существенных изменений в материало-, энерго-, трудоемкости здравоохранения. Поэтому снижение финансовых поступлений в расчете на единицу услуг в меньшей степени, чем в 1990 году, можно считать минимальной мерой недофинансирования здравоохранения.

 Недофинансирование здравоохранения в комплексе с другими социально-экономическими и медико-демографическими факторами негативно отразилось на здоровье населения: возросли показатели заболеваемости, инвалидности, смертности населения. Снизилась средняя продолжительность жизни. Падение этих социальных индикаторов достигло критических размеров. Чтобы наверстать упущения в этой сфере, без увеличения расходов на здравоохранение не обойтись. Не случайно правительственные программы ставят цель в ближайшем будущем повысить удельный вес расходов на здравоохранение до 10% национального дохода или 7% ВВП [31].

 *Таблица 19*

Стоимость медицинской помощи

в текущих и неизменных ценах (руб.).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1990 | 1992 | 1994 |
|  | в текущих ценах | в текущих ценах | в ценах 1990 г | в текущих ценах | в ценах 1990 г |
| Один койко-день в стационаре | 18,3 | 572 | 8,4 | 24632 | 11,9 |
| Один койко-день в дневном стационаре | 11 | 343 | 5 | 14779 | 7,1 |
| Одно посещение врача | 7,3 | 228 | 3,4 | 9853 | 4,8 |
| Одно посещение фельдшерско-акушерского пункта | 3,7 | 114 | 1,7 | 4926 | 2,4 |

***8. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ***

***В ФИЛИАЛЕ ФОНДА ОМС г. РАДУЖНОГО***

 Филиал Владимирского областного фонда обязательного медицинского страхования города Радужного был образован в 1995 году из сотрудников областного Фонда, ранее осуществлявших его деятельность на территории города. В своей работе филиал руководствуется Положением о филиале Владимирского областного фонда ОМС, утвержденного исполнительным директором фонда 29 декабря 1995 года [Приложения 1,2]. Основными задачами филиала являются:

* обеспечение реализации закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в РФ»,
* обеспечение достижения всеобщности и равенства возможностей всех граждан в системе обязательного медицинского страхования,
* осуществление мероприятий по достижению финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования.

 Структура источников формирования финансовых ресурсов здравоохранения базируется на положениях закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [9], которые определяют следующую классификацию источников оплаты медицинских услуг:

* бюджетные средства,
* внебюджетные источники финансирования,
* личные средства граждан,
* иные источники финансирования здравоохранения.

 Филиал Владимирского областного фонда обязательного медицинского страхования (ВОФОМС) г. Радужного на протяжении семи лет обеспечивал высокий уровень сбора страховых взносов, коэффициент сбора на протяжении последних четырех лет составлял 94,3%. Финансирование лечебного учреждения г. Радужного на 46,5 % обеспечивается за счет средств Фонда ОМС, при этом по заработной плате - на 59,5%. За счет средств ОМС финансируются пять статей бюджетной классификации на определенные виды медицинской помощи, вошедшие в Территориальную программу ОМС:

 - заработная плата, код 110100

* начисления на заработную плату, код 110200
* приобретение продуктов питания, код 110304
* медикаменты и перевязочные средства, код 110302
* мягкий инвентарь, код 110303

 Остальные расходы по всем видам медицинской помощи обеспечивается бюджетами всех уровней. Также полностью на бюджетном финансировании находятся услуги скорой помощи, лечение таких заболеваний, как туберкулез, психические расстройства, наркологические заболевания, врожденные аномалии.

 Денежные средства, полученные лечебными учреждениями за предоставленную в рамках Программы ОМС медицинской помощи направляются на статьи расходов, включенные в тарифы, в соответствии с их удельным весом [33].

 Поступления в Фонд ОМС на протяжении семи лет является единственным стабильным и надежным источником финансовой базы лечебных учреждений. Обязательное медицинское страхование работающего населения осуществляется за счет страховых взносов работодателей, связанные с этим затраты включаются в себестоимость продукции, товаров и услуг. То есть основным источником развития государственной системы медицинского страхования является производство. Именно от его успешной работы зависит сама возможность существования обязательного медицинского страхования. Структура финансовых поступлений в филиал Фонда ОМС г. Радужного подтверждает данный вывод (таблица 20).

***Таблица 20.***

**Структура поступлений финансовых средств**

 **в филиал Фонда ОМС г. Радужного в 1994-2000 г**

**(тыс. руб.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Страховые взносы предприятий | 317,6 | 511,5 | 803,5 | 1029,8 | 826,7 | 1883,5 | 2686,0 |
| Страховые взносычастных предпринимателей | 5,7 | 51,7 | 85,3 | 128,3 | 124,6 | 134,8 | 174,3 |
| Платежи за неработающее население | - | 117,4 | 310,0 | 306,0 | 146,9 | 648,7 | 764,3 |

 В 1994 г платежи из бюджета на страхование неработающего населения не поступали. Поэтому в этот год удельный вес страховых взносов работодателей составил 98,2%. С 1995 г начали поступать платежи из бюджета, доля их составляла от 13,3% до 25,9%. Таким образом, основным источником финансовых ресурсов являлись взносы страхователей-работодателей за работающих граждан, что представлено на рис. 8.

***Таблица 21.***

**Динамика поступления в филиал Фонда ОМС**

**г. Радужного за 1994-2000 г (тыс. руб.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Размер в фактических ценах | 324,0 | 964,0 | 1264,6 | 1621,4 | 1258,0 | 2816,8 | 3668,7 |
| Индексы цен:Цепные | 100 | 2,973 | 1,477 | 1,148 | 1,277 |  1,92 | 1,32 |
| Базисные | 100 | 2,973 | 4,391 | 5,041 | 6,437 | 12,359 | 16,314 |
| Размер поступлений:В ценах предыд. Года | 324,0 | 324,3 | 856,2 | 1412,4 | 985,1 | 1467,1 | 2779,3 |
| В ценах 1994 г | 324,0  | 324,3 | 288,0 | 321,6 | 195,4 | 227,9 | 224,9 |
| Темпы роста% |  |  |  |  |  |  |  |
| Цепные | - | 297,5 | 131,1 | 128,2 | 77,5 | 223,9 | 130,2 |
| Базисные |  | 297,5 | 390,3 | 500,4 | 388,2 | 869,4 | 1132,3 |
| Темпы роста%  |  |  |  |  |  |  |  |
| Цепные | - | 100,1 | 264,0 | 165,0 | 69,7 | 148,9 | 189,4 |
| Базисные | - | 100,1 | 88,9 | 99,3 | 60,3 | 70,3 | 69,4 |

 Нестабильность работы промышленных предприятий, объемов их производства с 1994 по 1998 гг. являлась основополагающим фактором, сдерживающим возможности эффективного управления развитием медицинского страхования. Только в 2000 г появилась финансовая возможность включения детских поликлиник Владимирской области, а в том числе и педиатрии городской поликлиники г. Радужного в систему медицинского страхования, когда за счет роста производства начался резкий рост поступлений страховых взносов в Фонд ОМС.

 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

**Рис. 8. Изменения структуры поступлений**

 В таблице 21 представлены данные по финансовым поступлениям в филиал Фонда ОМС, динамика фактического размера поступлений представлена на рис.9. Данные взяты из форм отчетности филиала фонда ОМС [Приложения 3, 4, 5].

 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

**Рис. 9. Динамика поступления денежных средств в фактических ценах**

 Исследование номинального и реального объема поступлений показывают, что в фактических ценах размер страховых взносов, поступивших на счета филиала вырос в 1997 г. по сравнению с 1994 г. в 5 раз, в 1996 г. в 3,9 раза. Исключив влияние инфляционного фактора имеем снижение реального размера поступлений в 1996 году на 11,1% по сравнению с базисным 1994 г. В этом году, как известно, происходит задержка по выплате заработной платы работникам бюджетной сферы. В г. Радужном фонд оплаты труда этих работников составляет 50 %. Именно в 1996 г. происходит резкое увеличение удельной цены просроченных страховых взносов в 1,4 раза по сравнению с предыдущим годом. Динамика удельной цены просроченной задолженности страховых взносов представлена в таблице 22.

 В 1997 году происходит наращивание объемов поступлений и практически приближается в сопоставимых ценах к уровню базисного года, составив 99,3 % от поступлений 1994г. Однако тенденция к росту реальных объемов поступлений страховых взносов прекратилась в условиях всеобщего кризиса 1998 г., когда объем реальных поступлений упал на 39 % .

 Второй этап роста денежных поступлений начался в 1999 г. Темп роста номинального размера поступлений в 1999 г. составляет 223,9% по сравнению с предыдущим годом,

в 2000 г – 130,2% по сравнению с 1999г. Однако в сопоставимых ценах объем поступлений не превосходит данные базисного года и составляет лишь 70,3 % в 1999г. и 69,4% в 2000 г

 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

**Рис. 10. Динамика поступления денежных средств в ценах 1994 г**

 При анализе показателей в реальных ценах прослеживается выраженная тенденция повышения поступлений в 1995 – 1997 гг. - I этап, докризисный,

 в 1999 – 2000 гг. - II этап, послекризисный.

 Поликлиника г. Радужного вошла в систему ОМС в июне 1995 г. Работодатели в соответствии с законодательством застраховали своих работников по обязательному медицинскому страхованию в страховых компаниях. Количество работающего населения, получившего полисы, составило в 1995 г. 5881 человек Администрация г. Радужного застраховала неработающее население в количестве 3032 человека. С каждым годом происходило увеличение количества по обеим категориям застрахованных, при этом к 2000 г, с вводом педиатрии в систему ОМС, количество застрахованного неработающего населения составило 9309 человек.

 В таблице 22 представлены данные по фактическим поступлениям в фонды ОМС денежных средств в расчете на одного застрахованного работодателями и в расчете на одного застрахованного Администрацией г. Радужного.

 Поступления за каждого работающего застрахованного превышают поступления за неработающего застрахованного от 3,5 раз в 1997 г, до 5,3 раза в 2000 г. Низкие тарифы, установленные для оплаты Администрацией за одного застрахованного, приводят к тому, что рост тарифов по оплате услуг поликлиники происходит крайне медленно. Тарифы по оплате услуг поликлиники остаются низкими, что в свою очередь не позволяет выплачивать медицинским работникам достойную заработную плату.

***Таблица 22.***

 **Размеры поступлений в расчете на одного застрахованного**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Количество застрахованных работающих | - | 5881 | 5221 | 5509 | 6218 | 6327 | 6527 |
| Количество застрахованных неработающих | - | 3032 | 4751 | 5058 | 5690 | 9089 | 9309 |
| Поступления на одного застрахованного работающего в год (руб.) | - | 95,8 | 170,2 | 210,2 | 153,0 | 319,0 | 438,2 |
| Поступления на одного застрахованного неработающего в год (руб.) | - | 38,7 | 69,2 | 60,5 | 2,6 | 71,4 | 82,2 |

 В условиях кризиса неплатежей 1998 г усугубилась проблема нарастания сумм просроченной задолженности по уплате страховых взносов в Фонд ОМС. Если на 1 января 1995 г просроченная задолженность по филиалу составляла 277,5 тысяч рублей, то к 1998 г мы имели возрастание суммы задолженности до 1392,9 тысяч рублей, то есть в пять раз. Основными причинами высокого уровня просроченной задолженности являются общеэкономические проблемы и связанные с ними проблемы взаимных неплатежей.

 Свыше 95% всей недоимки, накопленной по филиалу Фонда ОМС г. Радужного, составили предприятия оборонного комплекса, которым в свою очередь задолжало Министерство обороны РФ. В таблице 23 представлена динамика просроченной задолженности по страховым взносам.

 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

**Рис. 11. Динамика задолженности по страховым взносам.**

 На рис. 12 представлена динамика поступления денежных средств в удельном отношении, то есть на одного застрахованного. Ярко выражено падение поступлений в 1998 году, обусловленное кризисом.

 1995 1996 1997 1998 1999 2000

**Рис. 12. Поступления на одного застрахованного**

 Эти факторы негативно отражаются на состоянии финансовых ресурсов филиала Фонда ОМС, усложняются взаимоотношения плательщиков и филиалом, возникает потребность в ужесточении контроля и применении санкций, таких как обращения к взысканию с неплательщиков через Арбитражный суд Владимирской области [Приложения 6, 7].

 Анализ абсолютных показателей накопленной задолженности по страховым взносам целесообразно дополнить расчетом относительных величин. В качестве относительной величины можно предложить вычислить удельную цену накопленной задолженности:

 Сумма накопленной задолженности на конец периода

 У = ----------------------------------------------------------------------

 План поступлений за период

 Результаты вычислений представлены в таблице 23.

***Таблица 23***

**Динамика удельной цены просроченной задолженности**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Просроченная задолженность по страховым взносам(тысяч рублей) | 131,3 | 277,5 | 616,8 | 966,6 | 1392,9 | 1847,5 | 2467,5 |
| План поступлений | 414,8 | 740,0 | 1170,4 | 1418,6 | 1675,2 | 2270,4 | 3670,6 |
| Удельная цена просроченных страховых взносов | 31,7 | 37,5 | 52,7 | 68,1 | 83,1 | 83,4 | 67,2 |

 Исследования показали, что наиболее высокий показатель удельной цены отмечается в 1998 г – 83,1 рубля. Положительным моментом является наметившееся снижение показателя в 1999 г и усиление этой тенденции в 2000 г. Это обусловлено увеличением сборов страховых взносов и погашением недоимки прошлых лет крупными оборонными предприятиями. Таким образом, постепенно преодолеваются последствия кризиса 1998 г. Очевидным стимулом погашения предприятиями недоимки прошлых лет, образовавшейся на 1 января 2000 г, стал введение в действие Федерального закона [10].

 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

**Рис. 13. Изменение удельной цены просроченных страховых взносов**

В таблице 24 приведены данные по начисленным и взысканным финансовым санкциям.

***Таблица 24***

**Начисленные и взысканные финансовые санкции**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Начислено санкций (тыс. руб.) | 92,8 | 500,9 | 1838,2 | 2958,8 | 3425,5 | 3860,6 | 404,9 |
| Взыскано (тыс. руб.) | 6,4 | 123,6 | 56,8 | 153,8 | 128,1 | 114,4 |  |
| Доля взысканных в начисленных % | 6,9 | 24,7 | 3,1 | 5,2 | 3,7 | 3,0 | 5,7 |

 Значительное нарастание финансовых санкций произошло в силу высокого процента, установленного нормативом - 1% в день [25]. При этом доля взысканных пени за последние пять лет колеблется между 3 и 6%. Очевидно, что такие штрафные санкции как мера воздействия на плательщика, стимулирующая своевременность уплаты страховых взносов, крайне неэффективна. Пени поступают от тех предприятий, которые являются законопослушными плательщиками, которые пропускают сроки уплаты страховых взносов из-за нарушения уплаты по договорам контрагентами. В 2000 г были проведены списания пени предприятиям, погасившим недоимку прошлых лет по страховым взносам. Всего списана задолженность плательщиков по пени на сумму 3,3 миллиона рублей.

 Анализ финансовых показателей, характеризующих формирование финансовых ресурсов Фонда ОМС дает возможность выявить пути возможного повышения финансовой устойчивости системы медицинского страхования. Представляется целесообразным решение на федеральном уровне следующих вопросов:

* установление жестких нормативов платежей, подлежащих перечислению органами местного самоуправления, за страхование неработающего населения. Норматив должен быть установлен как определенное соотношение между существующими в данной местности средней величиной отчисления за одного работающего, к величине платежей за неработающего,
* совершенствовать законодательство, регулирующее вопросы банкротства. В частности законодательно запретить предприятиям, находящимся в стадии банкротства, учреждать новые предприятия. Это позволит исключить накопление задолженности без обеспечения ее погашения.
* усилить бюджетную дисциплину, в частности разрешить проблему неплатежей оборонных предприятий, выполняющих государственный заказ и являющихся злостными неплательщиками.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

 Основным выводом, на наш взгляд, следует считать то, что при всех недостатках, и недоработках, можно считать, что система обязательного медицинского страхования в Росси создана и работает. Большая часть медицинских учреждений финансируется именно из этого источника, они уже накопили опыт работы с системой медицинского страхования и успешно взаимодействуют как с фондами различных уровней, так и со страховыми компаниями.

 Система обязательного медицинского страхования показала свою способность к совершенствованию. Являясь по понятным причинам одним из центров внимания общества, система ОМС претерпела в последние полгода значительные изменения в части сбора страховых взносов, так же впрочем, как и другие системы обязательного социального страхования.

 Организация сбора и уплаты взносов на обязательное медицинское страхование изменена принятой в 2000 году и введенная в действие с 2001 года второй частью Налогового кодекса Российской Федерации, который содержит главу 24 «Единый социальный налог». В соответствии с Федеральным законом [7] с 1 января 2001 года контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью внесения взносов в государственные социальные внебюджетные фонды (Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации и фонды обязательного медицинского страхования), уплачиваемых в составе единого социального налога (взноса), осуществляется налоговыми органами Российской Федерации. Таким образом, с 2001 года сбор всех налогов, платежей и обязательных взносов, а также контроль за правильностью их уплаты сосредоточен в одном государственном органе – Министерстве по налогам и сборам РФ.

 Порядок расходования средств, уплачиваемых (зачисляемых) в вышеуказанные фонды, а также иные условия, связанные с использованием этих средств, устанавливаются законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании. В отношении налогоплательщиков единого социального налога (взноса) налоговые органы проводят все предусмотренные Налоговым кодексом Российской Федерации мероприятия налогового контроля, осуществляют взыскание сумм недоимки, пеней и штрафов по платежам в государственные социальные внебюджетные фонды, проводят зачет (возврат) излишне уплаченных сумм единого социального налога (взноса) в порядке, установленном Налоговым кодексом Российской Федерации.

 Взыскание сумм недоимки, пеней и штрафов по платежам в государственные социальные внебюджетные фонды, образовавшихся на 1 января 2001 года, осуществляется налоговыми органами Российской Федерации в порядке, установленном Налоговым кодексом. При этом взысканные после 1 января 2001 года суммы недоимки, пени и штрафов по платежам в государственные социальные внебюджетные фонды направляются в бюджеты соответствующих фондов, а по платежам в Государственный фонд занятости населения - в федеральный бюджет.

 Взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в фонды обязательного медицинского страхования по-прежнему производятся органами исполнительной власти за счет средств, предусматриваемых на эти цели в соответствующих бюджетах. Суммы излишне уплаченных страховых взносов в государственные социальные внебюджетные фонды по состоянию на 1 января 2001 года подлежат зачету в счет уплаты единого социального налога (взноса) или возврату в порядке, установленном Налоговым кодексом Российской Федерации. Порядок и условия проведения реструктуризации задолженности по взносам в государственные социальные внебюджетные фонды, начисленным пеням и штрафам, имеющимся у организаций по состоянию на 1 января 2000 года, определяет теперь один орган - Правительство Российской Федерации [7].

 С 1 января 2001 года при нарушении налогоплательщиком (плательщиком сборов) условий, на основании которых была предоставлена отсрочка (рассрочка) по уплате страховых взносов в государственные социальные внебюджетные фонды, либо условий уплаты налогов, органами государственных внебюджетных фондов на основании представления налоговых органов принимается решение об отмене решения о предоставлении отсрочки (рассрочки) в течение 5 дней. Сумма задолженности взыскивается налоговыми органами в порядке, установленном Налоговым кодексом Российской Федерации.

 Налоговым кодексом предусмотрено значительное снижение величины взносов обязательного страхования в зависимости от суммы дохода работника – регрессивная шкала.

 Индивидуальные предприниматели, родовые, семейные общины малочисленных народов Севера, занимающиеся традиционными отраслями хозяйствования, главы крестьянских (фермерских) хозяйств, адвокаты уплачивают взносы по более низким ставкам, от 14 до 20,6 % начальной ставки.

 Фактором, позволяющим считать, что сбор взносов будет более эффективным, чем ранее, является подключение банков к процессу взимания сборов. Банк не вправе выдавать своему клиенту - налогоплательщику средства на оплату труда, если последний не представил платежных поручений на перечисление налога. Уплата авансовых платежей производится ежемесячно в срок, установленный для получения средств в банке на оплату труда за истекший месяц, или в день перечисления денежных средств на оплату труда со счетов налогоплательщика на счета работников, или по поручению работников на счета третьих лиц, но не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным [8].

 Уменьшено количество штрафных санкций, налагаемых на организации за правонарушения, допущенные при уплате взносов обязательного страхования. Так, установленные действующим до введения в действие части второй Кодекса законодательством о конкретных видах обязательного социального страхования санкции за правонарушения, совершенные до введения в действие части второй Кодекса, не взыскиваются после введения ее в действие, если ответственность за аналогичные правонарушения частью первой Налогового кодекса Российской Федерации не установлена. Смягчены действующие меры ответственности. Так, в случае, когда часть первая Налогового кодекса устанавливает более мягкую ответственность за налоговое правонарушение, чем было установлено законодательством о конкретных видах обязательного социального страхования, действующим до введения в действие части второй Кодекса, применяется ответственность, установленная частью первой Налогового кодекса. А санкции за несоблюдение законодательства о конкретных видах обязательного социального страхования, решения о взыскании которых были приняты, но взыскание которых не было произведено до введения в действие части второй Кодекса, после введения ее в действие могут быть взысканы лишь в части, не превышающей максимального размера налоговых санкций, предусмотренных частью первой Налогового кодекса за аналогичные правонарушения. [7].

 Таким образом, введение второй части Налогового кодекса привело к тому, что теперь:

* единый государственный орган занимается контролем за сбором обязательных социальных взносов,
* шкала взносов имеет регрессивный характер,
* механизм уплаты взносов более работоспособен, так как в нем задействованы кредитно-банковские учреждения,
* санкции за нарушение правильности взносов значительно смягчены.

 Итоги сбора единого налога в части обязательного медицинского страхования в первом квартале по данным филиала Владимирского областного фонда обязательного медицинского страхования говорят о том, что собираемость взносов находится на уровне 2000 г., и составляет 97,1% от показателя 1 квартала 2000 г. и 104,8% от сбора за 4 квартал 2000 г. с учетом сумм собранных непосредственно филиалом с 1.01.2001 по 16.01.2001 [Приложение 8, 9, 10, 11, 12]. В настоящее время филиал фонда получил возможность более качественного взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями и непосредственно с гражданами, пользующимися услугами медицинских учреждений [Приложение 13]. Есть все основания считать, что дальнейшее совершенствование ведомственной нормативной базы фондов ОМС позволит придать системе обязательного медицинского страхования более работоспособный характер.

 Вслед за реформированием в налоговой области необходимы меры по повышению эффективности использования средств, собираемых в составе единого социального налога.

 В настоящее время практически 95,1% учреждений, работающих в системе ОМС во Владимирской области, являются государственными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями [33]. Практика показывает, что эффективность использования средств, полученных этими учреждениями в рамках программы обязательного медицинского страхования, достаточно низка.

 Это положение обусловлено существующей системой начисления заработной платы, исходя из нормативов и положений Министерства здравоохранения. Сложилось положение, когда средства, заработанные врачами и лечебными учреждениями, распределяются по директивам органов государственной власти, не имеющих прямого отношения к средствам медицинского страхования. По-настоящему эффективной система ОМС станет тогда, когда в систему медицинского страхования придут частнопрактикующие врачи, то есть осуществится действительное равноправие форм собственности в отношении медицинских услуг.

**Список литературы**

1. Федеральный закон «О тарифах страховых взносов в пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Государственный фонд занятости населения РФ и фонды обязательного медицинского страхования», от 27 октября 1999 года N 197-ФЗ.

2. Закон «О государственных пенсиях в РФ», от 20.11.90 г № 340-1, (в ред. Законов РФ от 02.01.2000 N 12-ФЗ, от 07.08.2000 N 122-ФЗ, от 03.11.2000 N 132-ФЗ, от 04.11.2000 N 134-ФЗ, от 29.12.2000 N 167-ФЗ).

3. Кодекс законов о труде РФ от 09.12.71 г (в ред. законов от 31.07.1998 N 139-ФЗ, от 30.04.1999 N 84-ФЗ, от 27.12.2000 N 151-ФЗ, от 18.01.2001 N 2-ФЗ)

4. Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в отдельные законы РФ о налогах и об особенностях порядка отчислений в отдельные государственные внебюджетные фонды», от 27.10.94 г N 29-ФЗ, в ред. Федерального закона от 05.08.2000 N 118-ФЗ.

5. Закон «О дорожных фондах в Российской Федерации». От 18 октября 1991 года N 1759-1.

6. Федеральный закон «О тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Государственный фонд занятости населения РФ и в фонды обязательного медицинского страхования на 1996 год», от 21.12.95 г N 207-ФЗ.

7. Федеральный закон «О введении в действие части второй налогового кодекса РФ и внесении изменений в некоторые законодательные акты РФ о налогах» от 5 августа 2000 г № 118-ФЗ.

8. Налоговый кодекс РФ. Часть вторая. От 5 августа 2000 г № 117-ФЗ.

9. Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г № 1499-1 (в ред. Закона РФ от 02.04.93 N 4741-1; Указа Президента РФ от 24.12.93 N 2288; Федерального закона от 01.07.94 N 9-ФЗ).

10. Федеральный закон от 2 января 2000 года N 14-ФЗ «О бюджете федерального фонда обязательного медицинского страхования»

11. Указ Президента РФ от 23.05.94 г №1005, «О дополнительных мерах по нормализации расчетов и укреплению платежной дисциплины в народном хозяйстве», в ред. Указов Президента РФ от 09.08.94 N 1666, от 24.01.95 N 62, от 21.11.95 N 1166.

12. Указ Президента РФ от 27.04.92 г «О неотложных мерах по сохранению научно-технического потенциала РФ».

13. Указ Президента РФ от 24.12.94 г N 2281 «О разработке и внедрении внебюджетных форм инвестирования жилищной сферы».

##### 14. Постановление Верховного Совета РФ от 11.02.93 г №4460-1 «О внесении изменений и дополнений в порядок уплаты страховых взносов работодателями и гражданами в Пенсионный фонд РФ», утратил силу с 1 января 2001 г в соответствии с Федеральным законом от 05.08.2000 г №118-ФЗ «О введении в действие части второй Налогового кодекса РФ».

15. Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 10 июля 1992 г. N 3256-1 «О мерах по обеспечению сбора и поступлении налоговых платежей в республиканский бюджет».

16. Постановление Правительства РФ от 26.10.2000 г № 821 «О порядке уплаты крестьянскими (фермерскими) хозяйствами, родовыми, семейными общинами коренных малочисленных народов Севера, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования, страховых взносов в Пенсионный фонд РФ за 2000 год».

17. Постановление Правительства РФ от 6 октября 1994 г. N 1139 «О порядке уплаты крестьянскими (фермерскими) хозяйствами, родовыми, семейными общинами коренных малочисленных народов Севера, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования, страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования РФ, Фонд социального страхования РФ и Государственный фонд занятости населения РФ».

18. Постановление Верховного Совета РФ от 9 июля 1993 г. N 5357-1, «О тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Государственный фонд занятости населения РФ на второе полугодие 1993 года». Фактически утратил силу с принятием Федерального закона «О тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Государственный фонд занятости населения РФ и в фонды обязательного медицинского страхования на 1996 год», от 21.12.95 г N 207-ФЗ.

19. Постановление Правительства РФ от 12.04.94 г №315 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 27.07.96 N 898, от 31.03.98 N 374) «О порядке образования и использования отраслевых и межотраслевых внебюджетных фондов научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ».

20. Положение о Пенсионном фонде РФ, Утверждено Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 27.12.91 N 2122-1 (в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 N 2288; Федерального закона от 05.05.1997 N 77-ФЗ)

21. Положение о Государственном фонде занятости населения РФ. Утверждено Постановлением Верховного Совета РФ от 8 июня 1993 г. N 5132-1, утратило силу с 1 января 2001 г в соответствии с Федеральным законом от 05.08.2000 г №118-ФЗ «О введении в действие части второй Налогового кодекса РФ».

22. «Примерный порядок формирования и использования региональных и местных внебюджетных фондов развития жилищного строительства», утвержден Постановлением Правительства РФ от 15.06.94 г №644.

23. Положение о Фонде социального страхования РФ. Утвержден Постановление Правительства РФ от 12 февраля 1994 г. N 101, (в ред. Постановлений Правительства РФ от 24.07.1995 N 741, от 19.02.1996 N 166, от 15.04.1996 N 462, от 23.12.1996 N 1529, от 22.11.1997 N 1471, от 23.12.1999 N 1431).

24. Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Утвержден Правительства РФ от 29 июля 1998 г, № 857.

25. Инструкция о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование. Утверждена Постановлением Правительства РФ от 11 октября 1993 г № 1018.

26. Статистика финансов, под редакцией профессора В.Н. Салина М., «Финансы и статистика», 2000 г.

###### 27. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации: Сборник законодательных актов и нормативных документов. – Т 1,2,3 - М.: ПАИМС, 1994,1995,1996.

28. Что должен знать страхователь об обязательном медицинском страховании, Сборник под редакцией проф. И.В.Полякова и канд. мед наук В.В.Гришина - М, 1996.

29. Гришин В.В., Семенов В.Ю., Поляков И.В., Петухова В.В,, Уваров С.А., Андреева Е.Н., Кадыров Ф.Н. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование. - М., 1995. - 67 с.

30. Захаров И.А., Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. «Организационно-экономическая и финансовая модель деятельности стационара в современных условиях. Экономика здравоохранения № 12, 1996 год.

31. Состояние финансирования здравоохранения, проф. В.П.Корчагин, Журнал «Экономика здравоохранения» №1, 1996 год.

32. Авторский коллектив под руководством Е.Т.Гайдара. Институт экономических проблем переходного периода. «Экономика переходного периода. Очерки экономической политики посткоммунистической России 1991-1997.» Стр. 658 – 675

33. Программа государственных гарантий обеспечения населения Владимирской области бесплатной медицинской помощью на 2001 год. Утверждена постановлением главы администрации Владимирской области от 22 сентября 2000 г № 631.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

*Приложение 1.* Положение о филиале Владимирского областного фонда ОМС. Утверждено исполнительным директором ВОФОМС 29 декабря 1995 г, приказ № 106.

*Приложение 2.* Положение о филиале Владимирского областного фонда ОМС. Утверждено исполнительным директором ВОФОМС 29 декабря 2000 г, приказ № 153.

*Приложение 3.* Ежемесячный отчет по страховым платежам и финансовым санкциям в фонды ОМС. Утвержден приказом Федерального фонда ОМС от 9 июня 1998 г № 56.

*Приложение 4.* Отчет о средствах, поступающих в филиал территориального фонда ОМС. Утвержден приказом Федерального фонда ОМС от 19 января 1994 г № 3.

*Приложение 5.* Ежеквартальный сводный отчет по страховым взносам, платежам и финансовым санкциям фонда ОМС. Утвержден приказом Федерального фонда ОМС от 9 июня 1998 г № 56.

*Приложение 6.* Предарбитражное напоминание.

*Приложение 7.* Требование об уплате обязательных платежей в фонд ОМС.

*Приложение 8.* Сведения о перечислении на счета фондов ОМС сумм недоимки, пеней и штрафов, образовавшихся по состоянию на 1 января 2001 г. Утверждено приказом ВОФОМС от 10 апреля 2001 г № 42.

*Приложение 9.* Сведения о перечислении на счета фондов ОМС сумм единого налога на вмененный доход. Утверждено приказом ВОФОМС от 10 апреля 2001 г № 42.

*Приложение 10.* Сведения о перечислении на счета фондов ОМС сумм единого социального налога. Утверждено приказом ВОФОМС от 10 апреля 2001 г № 42.

*Приложение 11.* Сведения о поступлении на счет территориального фонда ОМС страховых взносов за неработающее население. Утверждено приказом ВОФОМС от 10 апреля 2001 г № 42.

*Приложение 12.* Справка о зачислении на счет органов Федерального казначейства взносов, уплачиваемых в составе единого социального налога и о перечислении этих средств в бюджеты государственных социальных фондов.

*Приложение 13*. Отчет по организации прав граждан в системе ОМС.