

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт экономики, управления и природопользования
кафедра финансов

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой

_____ И.С. Ферова
подпись
«_____» _____ 2019 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

направление 38.03.01 «Экономика»
профиль 38.03.01.03.07 «Финансы и кредит: государственные и муниципальные
финансы»

**ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ТФОМС
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ)**

Научный руководитель	_____	к.э.н., доцент	И.Г. Кузьмина
	подпись, дата	должность, ученая степень	
Выпускник	_____		М.Е. Пищикова
	подпись, дата		
Нормоконтролер	_____		Е.В. Шкарпетина
	подпись, дата		

Красноярск 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1 Теоретические аспекты финансирования системы здравоохранения в РФ	5
1.1 Финансовое обеспечение системы здравоохранения в РФ: характеристика и основные направления реформирования	5
1.2 Модели финансирования здравоохранения через обязательное медицинское страхование , применяемые в мировой практике	15
2 Анализ и развитие финансовой деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования.....	31
2.1 Характеристика деятельности и оценка эффективности использования средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края	31
2.2 Проблемы финансирования страховой системы здравоохранения на современном этапе и меры по совершенствованию (на примере Территориального фонда обязательного медицинского страхования)....	44
Заключение.....	56
Список сокращений	58
Приложение А Исполнение бюджета (ТФОМС) граждан Красноярского края за 2017г. по доходам	61
Приложение Б Исполнение бюджета (ТФОМС) граждан Красноярского края за 2017 г. по расходам	64

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день проблемы финансирования здравоохранения являются одной из самых острых и трудноразрешимых задач государства.

Важнейшим элементом социального и экономического развития общества является медицинское обслуживание населения. Затраты общества на развитие здравоохранения имеют не только социальное, но и экономическое значение.

Эффективность здравоохранения как отрасли сферы обслуживания заключается в том, что, оберегая и восстанавливая здоровье человека – главной составной части производительных сил общества, оно тем самым способствует снижению заболеваемости, росту производительности труда, продлению трудоспособного периода трудящихся. Все это в свою очередь содействует росту национального дохода страны и повышению благосостояния народа.

В комплексе проводимых в настоящее время социально-экономических реформ важнейшее место занимает развитие страховой медицины. Переход на страховую медицину в России является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью пациентов и работников отрасли, а также ее недостаточной финансовой обеспеченностью и технической оснащенностью.

Для кардинального преодоления кризисных явлений в сфере охраны здоровья необходимо, в первую очередь, осуществить преобразование экономических отношений, а также перевести здравоохранение на путь страховой медицины.

Результативность функционирования и финансирования системы здравоохранения наиболее достоверно может быть оценена на региональном уровне и, прежде всего, в отношении лечебно-профилактических учреждений, являющихся объектом финансирования.

Цель данной работы – разработка предложения по совершенствованию финансирования системы здравоохранения через фонд ОМС.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

- 1 рассмотреть теоретические аспекты финансового обеспечения системы здравоохранения в РФ;

- 2 характеристика моделей финансирования здравоохранения через ОМС;
- 3 проанализировать финансовую деятельность ТФОМС Красноярского края;
- 4 выявить проблемы финансирования здравоохранения на современном этапе и направления его совершенствования на примере ТФОМС;
- 5 предложить направления финансирования страховой системы здравоохранения.

Предмет исследования – особенности финансирования системы здравоохранения.

Объектом исследования в дипломной работе является учреждение здравоохранения ТФОМС Красноярского края.

1 Теоретические аспекты финансирования обязательного медицинского страхования в РФ

1.1 Финансовое обеспечение системы здравоохранения в РФ: характеристика и основные направления реформирования

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование, является Закон Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 года, в котором определены правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения. Данный Закон обеспечивает конституционное право граждан на медицинскую помощь в рамках базовой программы. Средства обязательного медицинского страхования аккумулируются в Федеральном внебюджетном фонде и внебюджетных фондах субъектов РФ (включая филиалы) - территориальных фондах обязательного медицинского страхования (ОМС)[8, с.197].

На сегодняшний день бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения делится на государственную систему здравоохранения и систему обязательного медицинского страхования. Государственная система здравоохранения финансируется за счет бюджетных источников (из Федерального бюджета и бюджета субъекта). А страховая система финансируется из фондов обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в

установленных Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Фонды обязательного медицинского страхования - денежные фонды, предназначенные для финансирования гарантированной государством медицинской помощи населению.

Обязательное медицинское страхование - составная часть государственного страхования, которая обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

В Российской Федерации в рамках субъектов РФ органами законодательной и исполнительной власти создаются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, которые независимы друг от друга в организационном плане. Основное назначение территориальных фондов обязательного медицинского страхования - финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах РФ в рамках ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Финансовые средства территориального фонда обязательного медицинского страхования подразделяются на две группы:

- 1) фонды и резервы, обеспечивающие функционирование системы обязательного медицинского страхования;
- 2) фонды и средства целевого назначения, формируемые за счет средств, направляемых на содержание аппарата территориального фонда обязательного медицинского страхования[2, с.308].

Фонд обязательного медицинского страхования представляет собой централизованную систему финансовых ресурсов для целей медицинского страхования как одной из форм социальной защиты отдельных групп граждан. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования предназначен для

обеспечения финансовой устойчивости всей системы обязательного медицинского страхования на основе выравнивания условий финансирования территориальных программ[2, с.285].

В рамках развития концепции перехода от финансирования затрат бюджетных учреждений (сметное финансирование) к финансированию услуг, которые те предоставляют населению (нормативно-по-душевое финансирование), обязательное медицинское страхование рассматривается как преимущественный механизм финансирования здравоохранения. Участие страховых медицинских организаций (негосударственных институтов) и обеспечение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи также отвечает перспективным направлениям совершенствования управления государственными и муниципальными финансами[4,с.448].

Принципами обязательного медицинского страхования являются:

1) Всеобщность - все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг, включенных в территориальные программы ОМС.

2) Государственность - средства обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности РФ, ими управляют Федеральный и территориальный фонды ОМС, Специализированные страховые медицинские организации. Государство выступает непосредственным страхователем для неработающего населения и осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств ОМС, обеспечивает финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными лицами.

3) Некоммерческий характер - вся получаемая прибыль от операций по ОМС направляется на пополнение финансовых резервов системы обязательного медицинского страхования.

4) Обязательность - местные органы исполнительной власти и юридические лица (организации и т.д.) обязаны производить отчисления по установленной ставке в размере 5,1% от фонда заработной платы в территориальный фонд ОМС и в

определенном порядке, а также несут экономическую ответственность за нарушение условий платежей в форме пени и /или штрафа[11]

Основными задачами Федерального фонда ОМС являются:

1) Финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;

2) Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

3) Аккумуляция финансовых средств Федерального фонда ОМС для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования[5, с.36].

В целях выполнения основных задач Федеральный фонд ОМС выполняет, в частности, следующие функции:

1) Осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

2) Разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на обязательное медицинское страхование;

3) Выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

4) Осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и органами Государственной налоговой службы

Российской Федерации контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования;

5) Осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроль, за рациональным использованием финансовых средств, в системе обязательного медицинского страхования, в том числе пути проведения соответствующих ревизии и целевых проверок; 6) Участвует в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования граждан и ряд других функций[5, с.36].

Субъектами обязательного медицинского страхования являются: застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд. Участники ОМС делятся на территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

В трудах зарубежных и отечественных ученых-экономистов представлен большой спектр трактовок понятия "система финансового обеспечения здравоохранения" и взглядов на ее составляющие. Одни авторы трактуют систему финансирования здравоохранения только с позиции формы распределения средств. Другие ученые употребляют данное понятие в более узком смысле - только как совокупность финансовых учреждений, относящихся к сфере здравоохранения. Третья группа авторов не учитывает особенности функционирования финансов здравоохранения, касающиеся различных источников финансирования отрасли.

Нет четкой трактовки данного понятия и в законодательстве. В связи с этим выделим несколько принципиальных положений, которые необходимо учитывать при раскрытии сущности и содержания системы финансового обеспечения здравоохранения:

1) Предназначение и цель формирования системы (повышение качественных параметров человеческого потенциала и обеспечение населения доступной и своевременной медицинской и лекарственной помощью);

2) Природа системы, как совокупность финансовых отношений, возникающих в сфере медицинского обслуживания населения;

3) Источники системы финансового обеспечения здравоохранения: бюджетные (финансирование за счет государственных средств), страховые (формирование и

использование фондов, источником которых являются обязательные страховые взносы работодателей) и внебюджетные (оплата медицинских услуг за счет средств населения и др.) фонды денежных средств;

4) Субъекты системы финансирования здравоохранения: государство, медицинские организации, население, специализированные страховые фонды, страховые компании, государственные органы управления здравоохранением и т.д.

Исходя из названных положений, можно дать следующее определение: система финансового обеспечения здравоохранения - это совокупность экономических отношений субъектов здравоохранения, связанных с формированием, распределением и использованием фондов денежных средств (страховых, бюджетных и внебюджетных) в условиях перехода к преимущественно одноканальному финансированию в целях сохранения и укрепления здоровья населения.

Система финансирования здравоохранения должна включать такие компоненты как: организационный, нормативно-правовой и экономический.

Организационный компонент представляет собой общую схему взаимодействия субъектов системы финансового обеспечения здравоохранения. Этот компонент включает цели, задачи, принципы построения системы финансирования здравоохранения, а также финансовый аппарат, занимающийся управлением финансовыми ресурсами и контролем за их рациональным и целевым использованием.

Нормативно-правовой компонент учитывает законодательство в сфере финансового обеспечения здравоохранения, что позволяет включить в его состав нормы международного права и законодательную базу федерального, регионального и местного (муниципального) уровней власти.

Многообразие экономических отношений, возникающих в здравоохранении, обуславливает выделение экономического компонента в составе системы финансового обеспечения отрасли. Он включает модели и источники финансового обеспечения здравоохранения, а также различные финансовые методы и рычаги, посредством которых организуются финансовые отношения данной сферы.

Проведенный ретроспективный анализ развития системы медицинского страхования в отечественном здравоохранении позволил выделить три основных этапа:

а) 1-й этап (1912-1933 гг.) - формирование отечественной страховой медицины. В этот период происходило введение медицинского страхования в правовое поле; появились дополнительные источники финансирования медицинской помощи (страховые фонды, образуемые за счет взносов рабочих и предпринимателей); была сформирована бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения.

б) 2-й этап (1934-1990 гг.) - отказ от принципов страховой медицины и полный переход к бюджетному обеспечению здравоохранения (советский период). Данный этап характеризовался господством государственной системы здравоохранения в рамках плановой экономики. В 1934 г. произошла ликвидация страховой медицины; ассигнования по фонду медицинской помощи застрахованным стали включаться в общий бюджет здравоохранения, а финансирование медицинской помощи осуществлялось исключительно за счет бюджетных средств.

в) 3-й этап (1991 г. - настоящее время) - возрождение медицинского страхования в условиях перехода экономики страны на рыночные отношения и последующей реорганизации фондов медицинского страхования. Экономический кризис 1990-х гг. привел к существенному недофинансированию системы здравоохранения. Главным фактором, определившим принятие решения о внедрении системы обязательного медицинского страхования на данном этапе, стал поиск возможностей расширения источников финансирования отрасли и новых каналов стабильного поступления дополнительных средств.

Проведенная периодизация является необходимым условием для изучения исторического опыта становления и развития обязательного медицинского страхования в России в рамках системы финансового обеспечения здравоохранения. Она способствует упорядочению структуры аналитической информации о финансировании отечественного здравоохранения и позволяет сделать вывод о том, что в зависимости от государственного устройства страны, идеологии и финансовой политики государства в разные периоды времени преобладают те или иные источники финансирования отрасли.

Современный этап развития системы медицинского страхования в России характеризуется реорганизацией фондов обязательного медицинского страхования, согласно которой вся базовая ставка страховых взносов поступает в Федеральный

фонд обязательного медицинского страхования, а также переходом к принципу преимущественно одноканального финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

Основной объем полномочий, связанных с обеспечением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, переносится на уровень субъекта РФ. Совершенствование правового положения государственных (муниципальных) медицинских учреждений (автономные, казенные, бюджетные учреждения нового типа) обуславливает изменение порядка их финансирования (субсидии, выделяемые под конкретные государственные задания). Тем самым государство переходит к конкурентной модели, в которой лидирующую позицию.

Финансовое обеспечение базовых государственных гарантий должно не только покрывать расходы лечебно-профилактических учреждений, в том числе и на достойную заработную плату, но и обеспечивать стабильное развитие всей отрасли. То есть, чтобы добиться качества и объема работ от медработников, призывая постоянно их к долгу, необходимо создать условия для выполнения их обязанностей и обеспечить соответствующей оплатой труда.

Таким образом, очень важным моментом является усиление профессиональной и экономической мотивации медицинских работников к повышению качества и эффективности медицинской помощи.

Одноканальное финансирование ОМС позволяет главным врачам маневрировать заработанными за оказанную медицинскую помощь средствами, и, в случае необходимости, направлять их на наиболее приоритетные статьи расходов, включая ремонт оборудования, закупку оборудования, повышение квалификации медицинских работников, а также, позволяет оптимизировать организацию медицинской помощи и развивать приоритетные направления: совершенствовать амбулаторно-поликлиническую помощь, оказание медицинской помощи по принципу врача общей практики, внедрять оплату медицинской помощи по законченному случаю.

Таким образом, внедрение преимущественно одноканальной системы финансирования приводит к включению механизма экономической

заинтересованности в расширении ресурсосберегающих технологий и рациональном использовании имеющихся финансовых средств.

Одноканальное подушевое финансирование - это нацеленность системы здравоохранения на охрану здоровья, создание рынка медицинских услуг с конкурентной средой, мотивация лечебных учреждений и медицинских работников к усилению профилактической направленности работы, повышению качества услуг и интенсивности лечения, сокращению издержек, оптимизации структуры и штатов. В конечном итоге это направлено на повышение качества медицинских услуг и эффективность использования ресурсов здравоохранения.

Вопрос формирования конкурентной среды в сфере медицинского обеспечения граждан напрямую связан с переходом на полный тариф. Сегодня через тариф ОМС лечебным учреждениям компенсируются фактически только расходы на заработную плату и на расходные материалы. Естественно, частная медицина не может работать на этих условиях. У частных клиник есть еще расходы на коммунальные услуги, на текущие ремонты и так далее. Естественно, при переходе на полный тариф расширятся и возможности участия в системе здравоохранения медицинских учреждений различных форм собственности.

Согласно существующим нормативным документам, по порядку финансовых расчетов между территориальными фондами обязательного медицинского страхования за медицинскую помощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, оказанную за пределами страхования, оплата медицинской помощи в пределах базовой программы ОМС производится по тарифам, действующим на территории, где пролечился пациент, в результате чего территориальные фонды субъектов Российской Федерации испытывают определенные сложности при осуществлении межтерриториальных расчетов. Сегодня разрабатываются единые тарифы и единый порядок оплаты медицинских услуг для межтерриториальных расчетов с применением коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги на каждой территории. Устанавливается определенный срок оплаты для расчета - 25 дней - за оказанную медицинскую помощь вне региона проживания. У медицинских учреждений

появилась гарантия того, что помощь, оказанная иногороднему гражданину, будет оплачена.

В состав базового тарифа включаются расходы по 5-ти статьям затрат: заработная плата с начислениями, медикаменты, питание и мягкий инвентарь. Базовый тариф применяют для расчетов все медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы ОМС. В состав тарифа на текущее содержание лечебно-профилактических учреждений включаются расходы по статьям классификации расходов бюджетов Российской Федерации, связанные с обеспечением текущей деятельности учреждений, за исключением расходов на коммунальные услуги, затрат, требующих серьезных инвестиций, а также расходов по уплате налогов на имущество и землю.

Тарифы на текущее содержание ЛПУ рассчитаны исходя из средств, передаваемых в бюджет ТФОМС из областного бюджета на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в соответствии с заключенными соглашениями о совместной деятельности. Администраторами платежей за неработающее население остаются ТФОМС, причем законодательно устанавливается минимальный размер платежа. Подписано соглашение между Федеральным фондом ОМС и Пенсионным фондом Российской Федерации, которым утвержден механизм взаимодействия между ними. Ежеквартально ТФОМС получают данные расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам в фонды ОМС их плательщиками, реестры зарегистрированных в ОПФР страхователей, ежегодно - данные расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам в ФОМС и ТФОМС.

Таким образом, одноканальное финансирование обладает рядом преимуществ. Во-первых, оно обеспечивает финансирование всей медицинской помощи в полном объеме с учетом реальных затрат, что приводит к изменению структуры и качества самой медицинской помощи. Во-вторых, одноканальное финансирование нацелено на обеспечение принципа экстерриториальности, т.е. доступности медицинских услуг для всех граждан РФ независимо от места жительства. Экстерриториальность и равнодоступность медицинской помощи при переходе на одноканальное финансирование будут обеспечиваться введением единых федеральных стандартов оказания стационарной медицинской помощи и подушевого финансирования

амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. В-третьих, переход на одноканальное финансирование повышает эффективность расходования бюджетных средств в системе здравоохранения.

Таким образом, внедряется принцип "деньги идут за пациентом", который подтолкнёт лечебные учреждения к повышению качества медицинской помощи и структурной эффективности здравоохранения.

1.2 Модели финансирования здравоохранения через ОМС, применяемые в мировой практике

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

- система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования через ОМС;
- платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования (ДМС);
- государственная медицина с бюджетной системой финансирования.

Рассмотрим модели подробнее:

Обязательное медицинское страхование (ОМС).

Данная модель определяется как социально-страховая или система регулируемого страхования здоровья.

Обязательное медицинское страхование — это комплекс мероприятий по охране здоровья, предоставлению бесплатной медицинской помощи в рамках действующего законодательства, а также выполнение профилактических мероприятий. Страхование предоставляет гражданам равные возможности при необходимости врачебного вмешательства. Статья 41 Конституции РФ гарантирует каждому гражданину право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в государственных (муниципальных) учреждениях, которая осуществляется за счет уплаты страховых взносов, средств из бюджета и иных поступлений. Предоставление

медицинских услуг производится за счет ранее сформированных средств. К основным гарантированным услугам относятся:

- Скорая медицинская помощь (сюда не входят санитарно-авиационные услуги);
- Первичное предоставление медицинской помощи;
- Лечебно-профилактические мероприятия;
- Специализированная помощь;
- Оказание услуг в рамках действующего ОМС.

Реализация работы обязательного медицинского страхования происходит через специализированные юридические организации — страховые компании. В числе основных задач рассматривается обеспечение населения необходимой медицинской помощью через заключение договоров. Кроме того, через фонды осуществляется оплата оказанных застрахованным лицам (пациентам) услуг лечебным учреждениям, защита прав населения.

Для реализации программы предоставления бесплатной медицинской помощи необходимо иметь существенную финансовую базу. Аккумулятором денежных средств в системе ОМС является федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). Основная цель фонда представляется как обеспечение всех лиц, участвующих в страховании, необходимой лечебной и лекарственной помощью. Формирование средств происходит за счет следующих источников:

- Взносы в ФОМС работодателей за своих работников;
- Поступления в виде фиксированных платежей от ИП и самозанятых лиц;
- Поступления из бюджетов субъектов РФ за неработающих.
- Страховые взносы как поступления от работодателей начисляются по установленным тарифам на заработную плату наемных работников.

Плательщиками являются большинство организаций и работодателей-предпринимателей, за исключением некоторых представителей малого бизнеса, освобожденных от уплаты платежей такого вида.

Ранее фонд обязательного страхования подразделялся на федеральный и территориальный, платежи необходимо было перечислять в каждую из указанных

структур. Начиная с 2012 года, территориальный ФОМС упразднили. В настоящее время платежи осуществляются лишь в федеральный ФОМС по основной ставке 5,1%.

Добровольное медицинское страхование (ДМС).

Для данной модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. ДМС (добровольное медицинское страхование) — это вид страхования, при котором страховщик за определенную премию (страховой взнос) обеспечивает страхователю бесплатное и оперативное получение медицинских услуг в выбранных клиниках при наступлении страхового случая. Согласно условиям договора и выбранной программы при наступлении страхового случая (необходимости обращения в лечебное учреждение) застрахованное лицо имеет право получить помощь в пределах страховой суммы либо получить эту сумму на свой счет и использовать ее на устранение последствий страхового случая. После подписания договора со страховой компанией, застрахованному лицу выдается полис ДМС, который позволяет получать:

- Лечение (в стационаре или амбулаторно);
- Диагностику, обследования, результаты анализов;
- Консультации узких специалистов;
- Скорую помощь;
- Стоматологические процедуры (если они включены в полис);
- Дополнительные услуги (приобретение лекарств, профилактические, реабилитационные мероприятия).

Стоимость полиса ДМС рассчитывается индивидуально и зависит от личных данных (возраст, пол) и медицинских показаний застрахованного, а также от выбранной страховой программы. Страхование может быть индивидуальными и коллективными, в зависимости от набора услуг различают базовую, расширенную, полную страховку и специальные предложения страховых компаний.

В системе добровольного медицинского страхования взаимодействуют несколько участников. Одними из них являются врачи определенного административного округа, предоставляющие застрахованным лицам первичную

медицинскую помощь. Обычно такие врачи напрямую заключают договор со страховой компанией или подписывают контракт с ассоциацией независимых врачей, которые выполняют посреднические функции. Основными же субъектами ДМС являются:

- 1) Страхователь — заключает договор и покупает полис ДМС. Как правило, страхователем может быть любой дееспособный человек, юридическое лицо или благотворительный фонд;
- 2) Застрахованное лицо — человек, пользующийся услугами полиса ДМС (сам страхователь или другое физическое лицо, в отношении которого заключен договор). Им может стать как любой гражданин РФ, так и иностранный гражданин;
- 3) Страховая компания (страховщик) — организация, имеющая лицензию на данный вид деятельности;
- 4) Медицинские организации — ЛПУ, оказывающие услуги медицинского характера и имеющие лицензию на данную деятельность. Они заключают соглашения со страховыми компаниями.



Рисунок 1.1 - Принцип действия системы ДМС.

Согласно пункту 3 статьи 4 Закона №4015-1, объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказанием медицинской и лекарственной помощи и иных услуг, вследствие проблем со здоровьем у физического лица, а также проведения профилактических мероприятий,

снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз в виде заболеваний, травм, расстройств и так далее.

Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» указывает, что объект страхования — это страховой риск, связанный с возникновением страхового случая. Такая формулировка противоречит той, что дана в Законе №4015-1, и при этом остается открытым вопрос о структуре страховых рисков, поскольку их может быть множество. Например, риск утраты здоровья в результате заболевания (травмы, отравления), риск обострений (рецидивов), риск хронических заболеваний, риски второго порядка (ущерб от медицинских технологий, ущерб от неэффективного лечения) и так далее.

ДМС финансируется из собственных средств страхователя (физического лица или организации), уплачиваемых в качестве страховых взносов (премий). Размер платежей определяется договором, заключаемым со страховой компанией. Страховщик из сформированного страхового фонда оплачивает лечебным учреждениям фактически оказанные медицинские услуги по программе ДМС. Страховые организации могут иметь также дополнительные каналы финансирования, использовать собственные средства и проценты по полученным и вложенным страховым взносам. Таким образом, денежные средства поступают к страховщику из различных источников. Далее они аккумулируются на банковском счете и расходуются по смете конкретного полиса ДМС.

На сегодняшний день, система ДМС активно развивается. В связи с наступившим экономическим кризисом и снижением покупательской способности населения, разрабатываются новые программы и усеченные полисы. Основу современной системы ДМС составляют забота о здоровье людей, индивидуальный подход к каждому человеку, увеличение ответственности страховых и медицинских организаций, повышение качества медицинских услуг, законодательное регулирование всех процессов.

Сегодня полисы ДМС чаще всего покупают работодатели для своих сотрудников. Индивидуальное страхование по системе ДМС распространено значительно меньше, главным образом вследствие очень высоких тарифов. Для

оформления полиса заявителю всего лишь нужно прийти с паспортом в страховую компанию, заполнить заявление и заключить договор ДМС. В некоторых случаях может потребоваться прохождение медицинского осмотра или анкетирование.

При наступлении страхового случая следует позвонить в страховую организацию. Она направит к больному бригаду медиков или окажет иное содействие в получении помощи

Таким образом, несмотря на то, что добровольное медицинское страхование является молодым направлением в страховой деятельности, оно уже получило достаточно широкое распространение, в особенности в области коллективного страхования. Страховые организации предлагают своим клиентам множество привлекательных программ (расширенных, узкоспециализированных), большой выбор лечебно-профилактических учреждений, а также крупные суммы страхового покрытия при довольно скромных страховых премиях.

Бюджетное финансирование здравоохранения.

Данная модель характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Все медицинские услуги оказываются государственным сектором, финансирование которого осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Государство является главным гарантом защиты доходов медицинских работников от инфляции (минимальная заработная плата, пенсионное обеспечение, отпуска и т.д.).

Смешанная модель финансирования здравоохранения - практика России в настоящее время.

В настоящее время в России финансирование здравоохранения имеет смешанный бюджетно-страховой характер, при котором за счет государства оплачиваются целевые программы, капитальные вложения и некоторые другие

расходы, а финансирование основной медицинской помощи осуществляется через систему медицинского страхования.

В 1991 году вышел закон "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". В соответствии с законом предусматривалось введение двух видов медицинского страхования граждан: обязательного и добровольного.

Вся система российского здравоохранения базируется, как известно, на финансировании из трех источников. Это средства федерального и регионального бюджетов и ФОМС, которые можно объединить в два канала - бюджетный и страховой. В большинстве регионов эти два канала сосуществуют, формируя бюджетно-страховое финансирование здравоохранения, в отдельных субъектах имеет место только бюджетное финансирование.

Финансовая основа государственной системы обязательного медицинского страхования - отчисления страхователей на обязательное медицинское страхование и бюджетные платежи за обязательное медицинское страхование неработающего населения. Финансовые средства аккумулируются в фондах обязательного медицинского страхования: Федеральном и территориальных, являющихся самостоятельными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и созданных для обеспечения стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования. Финансовые средства фондов не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию.

ОМС является всеобщим для населения РФ и реализуется в соответствии с программами медицинского страхования, которое гарантирует объём и условия оказания медицинской, лекарственной помощи гражданам.

ДМС выступает дополнительным источником финансирования здравоохранения. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС.

Медицинское страхование осуществляется в форме системы договоров, заключаемых страховыми медицинскими организациями с другими субъектами страхования:

1) договор с работодателями и индивидуальными гражданами, а также местными администрациями, т.е. плательщиками взносов;

2) договор с территориальным фондом на финансирование обязательного медицинского страхования населения в соответствии с количеством выданных полисов и категориями застрахованных;

3) договор с медицинским учреждением на оказание помощи населению.

Договор о медицинском страховании представляет собой соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией. Последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту лиц медицинской помощи определенного вида и качества (или иных услуг в соответствии с программами обязательного или добровольного медицинского страхования). Обязательное медицинское страхование - всеобщее и гарантирует гражданам необходимый объем, качество и условия оказания лечебно-профилактических услуг. Добровольное медицинское страхование обеспечивает граждан дополнительными клинико-диагностическими обследованиями и лечебными мероприятиями.

Субъектами медицинского страхования являются граждане, страхователи, страховая медицинская организация, лечебно-профилактическое учреждение. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы государственного управления (для неработающего населения), предприятия, учреждения и организации (для работающих), а также лица, занятые предпринимательской деятельностью и лица свободных профессий. При добровольном медицинском страховании страхователями могут выступать отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью. Каждый застрахованный гражданин получает страховой полис. Интересы работающих могут представлять предприятия. Страховые медицинские организации выступают в качестве юридического лица, осуществляющего страхование согласно имеющейся у них лицензии.

Поступления страховой медицины складываются из следующих источников: средств, идущих на ОМС из Федерального и территориальных фондов ОМС, средств организаций добровольного медицинского страхования и бюджетных ассигнований. В свою очередь, средства, поступающие в Федеральный фонд ОМС, состоят из: части

страховых платежей хозяйствующих субъектов, взносов территориальных фондов ОМС на реализацию совместных программ ОМС, доходов от использования временно свободных денежных средств, нормированного страхового запаса и других поступлений. Доходы территориальных фондов ОМС складываются из: части страховых платежей хозяйствующих субъектов, бюджетных средств, поступающих на ОМС неработающего населения, доходов от использования временно свободных денежных средств, финансовых средств, взыскиваемых в регрессном порядке, и других поступлений, не запрещенных действующим законодательством. Доходная часть организаций, занимающихся добровольным медицинским страхованием, складывается из следующих поступлений: страховых премий по договорам страхования, доходов от инвестирования временно свободных денежных средств в ценные бумаги и иных поступлений. В свою очередь, бюджетные средства состоят из: ассигнований из местных бюджетов на ОМС неработающего населения, ассигнований федерального бюджета на выполнение республиканских программ ОМС, а также могут включать в себя другие виды целевых разовых расходов.

Внебюджетными источниками финансирования организаций здравоохранения государственно-муниципального сектора могут являться средства, полученные:

- страховых медицинских организаций, фондов обязательного медицинского страхования за оказание медицинской помощи в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования и программами добровольного медицинского страхования;
- организаций, заключивших договоры с организациями здравоохранения государственно-муниципального сектора на оказание медицинских услуг;
- граждан за оказание им платных медицинских услуг;
- граждан, не застрахованных в соответствии с программами обязательного медицинского страхования и программами добровольного медицинского страхования;
- инвесторов, финансирующих инновационные проекты, осуществляемые по инициативе и (или) с участием организаций здравоохранения государственно-муниципального сектора, реализации грантов и изобретений в области новых медицинских технологий;

- доходов от использования интеллектуальной собственности;
- медицинских и фармацевтических образовательных учреждений, использующих организации здравоохранения государственно-муниципального сектора в качестве клинической базы для обучения и профессиональной переподготовки медицинских и фармацевтических работников;
- арендной платы за передачу в пользование имущества, закрепленного за организациями здравоохранения на праве оперативного управления, а также реализации такого имущества;
- деятельности, связанной с обучением и профессиональной переподготовкой медицинских и фармацевтических работников, а также деятельности по гигиеническому обучению и воспитанию граждан на основании договоров с заказчиками;
- удовлетворения исков о возмещении расходов на лечение граждан в связи с дорожно-транспортными происшествиями, профессиональными заболеваниями и несчастными случаями на производстве, а также отравлениями и инфекционными заболеваниями в связи с нарушением санитарно-эпидемиологического режима;
- гуманитарной деятельности в виде пожертвований (грантов) или иной помощи (поддержки);
- иных поступлений, не запрещенных законом.

Мировая практика показывает, что здравоохранение является динамично развивающейся отраслью, где постоянно разрабатываются новые лекарственные препараты и методы лечения, появляется возможность лечить ранее неизлечимые болезни. Все это приводит к удорожанию медицинских услуг. Демографические сдвиги, происходящие в современном обществе в подавляющем большинстве развитых стран мира, характеризуются ростом ожидаемой продолжительности жизни, а также снижением смертности и рождаемости. Результатом данных процессов является старение населения и рост коэффициента демографической нагрузки, что, в свою очередь, также приводит к дополнительной нагрузке на бюджет соответствующего государства, поскольку требует ежегодного увеличения средств,

выделяемых на социальное обеспечение и, в частности, на медицинское обслуживание.

Правительства большинства развитых стран осознают невозможность бесконечного увеличения государственных расходов на здравоохранение, поскольку ресурсы даже самых богатых и наиболее экономически развитых стран ограничены. Вместе с тем, в развитых странах невозможно также и сокращение государственных гарантий в данной сфере, поскольку определенный уровень медицинского обслуживания населения стал неотъемлемой частью общественной жизни и его ухудшение вызовет резкий протест со стороны населения.

Развитые страны, столкнулись с необходимостью реформирования системы финансирования здравоохранения, направленного прежде всего на повышение эффективности расходования средств, и сокращения общих затрат. Подобное реформирование происходит в ведущих западных державах на протяжении последних десятилетий.

Разные государства по-разному подходят к формированию системы финансирования здравоохранения. В одних странах, например, в Великобритании, медицинские услуги, являющиеся бесплатными для всех граждан страны, оплачиваются из государственного бюджета за счет общих налоговых сборов. В других государствах, например, в Германии, получила развитие практика выделения специального налога, за счет которого оплачивается медицинское обслуживание населения. Подобная модель получила название государственного или обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в разных странах устанавливаются различные порядки уплаты взносов на медицинское страхование. В Германии, к примеру, обязательства по оплате взносов разделяются между работником и работодателем, в России же взносы полностью оплачиваются за счет средств работодателя.

Показатели смертности и заболеваемости в России, говорят о значительном отставании по степени развития отрасли здравоохранения от развитых зарубежных стран. Инновационные направления в развитии систем финансирования здравоохранения в западных странах и в России, обусловлены, в первую очередь,

дальнейшим удорожанием медицинского обслуживания и необходимостью повышения рациональности использования ограниченных средств.

Рассмотрим несколько стран для примера:

1 США – пример рыночной модели финансирования здравоохранения

Чисто экономический вклад здоровья как одного из важнейших параметров труда в экономику США оценивается на уровне 10% от ВВП, то есть в сотни миллиардов долларов, но затраты на обслуживание охраны здоровья еще выше и составляют 14% от ВВП.

Однако, с другой стороны, недостаточного учета специфики рассматриваемого вида товара (неограниченность спроса на него, монополизм продавца и т.п.) обуславливает чрезмерный рост затрат на медицину; невозможность осуществления государственного контроля, трудности с установлением приоритетов между здравоохранением и другими отраслями экономики; возможность возникновения кризисов перепроизводства и стимулирование поставок неоправданных услуг; предпосылки для нечестных способов конкуренции; чрезмерное влияние рекламы и, самое главное, неравный доступ к медицинской помощи.

Кроме того, в системе здравоохранения, организованной на рыночных принципах, не обеспечиваются социальные гарантии населения в получении медицинских услуг. Рыночная модель не обладает свойством доступности для всех слоев своих граждан. Наблюдается также крайняя неравномерность в потреблении медицинских услуг, которая тесно коррелирует с дифференциацией доходов.

2 Великобритания – пример государственной модели финансирования здравоохранения

Если же социальная специфика рассматривается как основной параметр медицинских услуг, то факт покупки или продажи медицинской помощи будет означать опосредованную покупку национального здоровья. В таком случае при организации системы здравоохранения важнейшим станет принцип равнодоступности медицинских услуг. Обеспечить это легче всего централизованным образом, подчинив систему здравоохранения контролю государства.

Таким образом, именно социальные приоритеты превалируют в бюджетной системе здравоохранения. Типичным примером государственной модели является

рынок медицинских услуг Великобритании. Этот рынок основан на системе государственного здравоохранения. На этом рынке гораздо легче соотнести приоритеты здоровья нации с другими приоритетами национальной экономики. Данная модель организации системы здравоохранения тяготеет к рынку централизованных планово-распределительных экономик и имеет соответствующие таким экономикам характерные положительные и отрицательные черты. К недостаткам этой модели следует отнести отсутствие естественных факторов, стимулирующих развитие. Это ведет к медленному росту качества медицинской помощи, недостаточной гибкости организационных структур, к возможности длительного осуществления неэффективных стратегий и использованию старых медицинских технологий. Но есть и очевидные преимущества. Прежде всего – это ориентация на профилактику заболеваний. Так, в конце концов, если оплачивается здоровье, то врач объективно заинтересован в уменьшении заболеваемости, снижении объемов медицинских услуг, тогда как на свободном рынке он объективно заинтересован в обратном.

Нередко равнодоступность медицинской помощи достигается путем жесткого ограничения свободы выбора пациентом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) или врача. На современном этапе во многих странах, использующих государственную модель, пытаются устранить такой очевидный недостаток организации системы здравоохранения. Например, в Швеции лишь в 1991 г. после экспериментальной апробации было принято решение о предоставлении каждому шведу права свободного выбора медицинского учреждения или врача на всей территории страны. Аналогичное решение было принято и в Дании, а вот в Финляндии пациент может выбрать любого врача общей практики или специалиста только в определенном медицинском центре или больнице.

3 Германия – как родина исторически первой системы государственного медицинского страхования

Исторически первая система государственного медицинского страхования была введена в Германии во времена правления канцлера Отто фон Бисмарка (1883-1889 гг.), поэтому получила название бисмарковской. Она была серией специальных законов о страховании рабочих на случай болезни, от несчастных

случаев, по инвалидности и старости. В основу указанных законодательных актов был положен такой принцип: здоровье – капитал, увеличивающий эффективность общественного труда. Однако кроме страхования риска потери здоровья система государственного медицинского страхования обеспечивала перераспределение доходов, путем оплаты медицинских услуг через страховые фонды. Это позволило добиться смягчения остроты социальных проблем, связанных с риском утраты трудоспособности малоимущих слоев населения.

Современное медицинское страхование Германии в целом сохранило основные принципы бисмарковской организации системы здравоохранения. Финансирование осуществляется путем консолидации средств из различных источников: 60% средств, поступающих в ЛПУ – это средства обязательного медицинского страхования (ОМС), из них 25% - это страхование членов семей трудящихся; 10% - средства добровольного медицинского страхования (ДМС), 15% - государственные средства за счет налогообложения, 15% - личные средства граждан. В свою очередь, фонды ОМС формируются за счет трех источников: государственного бюджета, взносов работников и работодателей. Средний размер взносов на медицинское страхование составляет 13% по отношению к фонду оплаты труда (ФОТ). Взносы выплачиваются работодателями и работниками равными долями, то есть по 6,5%.

4 Канада – социально-страховая модель финансирования здравоохранения.

К странам, использующим социально-страховую модель, относится и Канада. Как отмечалось ранее, несмотря на то, что организация системы здравоохранения Канады относится к социально-страховой, она напоминает государственную модель. В первую очередь, это обусловлено ориентацией канадской системы здравоохранения на социальные характеристики медицинской услуги. Внимание специалистов в сфере организации здравоохранения к данной системе усилилась после того, как Канада достигла значительных успехов в запрете медицинских расходов. В 1965 г. в этой стране доля расходов на Здравоохранение в ВВП составляла 6,5%, то есть была равной США, а в 1990-х гг. этот показатель составляет около 8,7%, тогда которую США приближается к 12%.

Денежные средства производителям медицинских услуг в Канаде поступают из одного источника – системы национального страхования, которая аккумулирует средства трех фондов: федерального и провинциальных бюджетов; частных страховых компаний; добровольных пожертвований. Сфера деятельности частных страховых компаний ограничена, им разрешается страхование только тех услуг, которые не включены в планы обязательного медицинского страхования (ОМС), например, частные больничные палаты, услуги косметической хирургии. В основном провинции аккумулируют свои фонды для здравоохранения из общих провинциальных налогов, но во многих провинциях (Альберта, Британская Колумбия) жители выплачивают специальный страховой взнос, в провинции Квебек работодатели и работники выплачивают специальный налог на заработную плату для целей медицинского страхования. Предпочтение отдается финансированию из местных налогов, поскольку считается, что сбор специальных страховых взносов влечет за собой рост административных расходов. Обычно расходы на здравоохранение составляют одну треть от общих годовых расходов провинций.

В Канаде существует два плана медицинского страхования. Первый охватывает стационарные услуги, второй – услуги врачей. Однако значительная доля бюджетных средств в общих расходах на здравоохранение, установление единого финансиста в лице Национальной системы страхования позволили канадскому правительству обеспечить четкую координацию программ охраны здоровья и сократить административные расходы (сегодня они составляют 1-2% от общих расходов здравоохранения).

Таким образом, в основе каждой из рассмотренных моделей организации системы здравоохранения лежит различное понимание того, что же является товаром в сфере здравоохранения. Отношение к медицинской услуге как к частному, общественному или квазиобщественному благу определяет и роль государства в системе охраны здоровья, и формирование цен на рынке медицинских услуг, и оплату труда людей, занятых в этой сфере.

2 Анализ и развитие финансовой деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования

2.1 Характеристика деятельности и оценка эффективности использования средств ТФОМС Красноярского края

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования создаются законодательными и исполнительными органами власти субъектов РФ. Финансовые средства и имущество всех фондов обязательного медицинского страхования находятся в федеральной собственности. Порядок формирования фондов и средств целевого назначения является единым для всех территориальных фондов, включая их филиалы.

Финансовые средства территориального фонда обязательного медицинского страхования подразделяются на две основные группы:

- фонды и резервы, обеспечивающие функционирование системы обязательного медицинского страхования, в том числе фонд финансовых средств обязательного медицинского страхования, направляемых на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормированный страховой запас;
- фонды и средства целевого назначения, формируемые за счет средств, направляемых на содержание исполнительной дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования.
- Доходы бюджетов территориальных ФОМС формируются за счет таких и источников как страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего нетрудоспособного населения региона, подлежащие перечислению в Фонд из регионального бюджета и прочих поступлений.
- Расходы бюджета территориального ФОМС включают:
 - финансирование региональных программ обязательного медицинского страхования;
 - формирование нормированного страхового запаса;

- финансирование целевых программ по видам помощи, входящим в программу обязательного медицинского страхования;
- содержание Фонда и его филиалов;
- финансирование отдельных мероприятий по здравоохранению;
- приобретение и проведение ремонта медицинского оборудования для лечебно-профилактических учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования;
- финансовое обеспечение мероприятий по дополнительному профессиональному образованию медицинских работников по программам повышения квалификации;
- прочие расходы.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования и его филиалы финансируют страховые медицинские организации на основании договоров о финансировании обязательного медицинского страхования. Оно осуществляется по дифференцированным по душевым нормативам, о которых мы будем говорить далее.

В соответствии с договором о финансировании обязательного медицинского страхования при недостатке у страховой медицинской организации целевых средств, полученных по заявкам, для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, средства предоставляются из нормированного страхового запаса субвенции ТФОМС.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование населения соответствующей территории, в том числе филиалы страховых медицинских организаций, находящихся на других территориях, предоставляют Фонду информацию о численности и составе застрахованных, объеме и стоимости оплаченных медицинских услуг; о размерах штрафных санкций, предъявленных ими к медицинским учреждениям; о расходах на ведение дела и формировании и расходовании резервов и фондов.

Полученные от территориального фонда по дифференцированным подушевым нормативам средства, страховые медицинские организации используют на оплату медицинских услуг, оплату расходов по обязательному медицинскому страхо-

ванию, а также на формирование фонда оплаты труда работников, занятых обязательным медицинским страхованием.

Резерв оплаты медицинских услуг — это финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для оплаты предстоящей медицинской помощи застрахованным. Средства резерва оплаты медицинских услуг предназначены для оплаты в течение действия договоров страхования медицинских услуг, оказанных застрахованному контингенту в объеме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования.

По окончании календарного года определяются финансовые результаты проведения обязательного медицинского страхования, и в случае превышения доходов над расходами сумма превышения направляется на пополнение резервов и дохода страховой медицинской организации.

Важное значение для развития системы медицинского страхования имеет Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, которая финансируется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений. Она включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, объемы медицинской помощи, подушевой норматив финансирования здравоохранения, обеспечивающий предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

Программа разрабатывается исходя из нормативов объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов обязательного медицинского страхования, и пересматривается ежегодно.

Органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств субъектов РФ.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при инфекционных и паразитарных заболеваниях.

Базовая программа осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

На основе базовой программы представители органов исполнительной власти субъектов РФ, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций разрабатывают проекты территориальных программ обязательного медицинского страхования, и предоставляют на утверждение органу исполнительной власти субъекта и территориальному фонду, устанавливают показатели эффективности деятельности медицинских организаций, позволяющие провести оценку возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи.

Гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета предоставляется медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Минздравом России, а за счет бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований — скорая медицинская помощь, оказываемая станциями скорой медицинской помощи; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах.

За счет средств бюджетов всех уровней осуществляется диспансерное наблюдение здоровых детей, льготное лекарственное обеспечение и протезирование, а также финансирование медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-акушерскими пунктами, больницами, центрами и др.

Подушевыми нормативами финансирования здравоохранения являются показатели, отражающие размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека. Они формируются органами исполнительной власти субъектов РФ по определенным ими показателям стоимости медицинской помощи в разрезе ее видов. Выравнивание условий

финансирования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью осуществляется в порядке, установленном бюджетным законодательством и законодательством о медицинском страховании.

В настоящее время реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, кроме Федерального фонда ОМС, осуществляют 85 территориальных фондов обязательного медицинского страхования¹. Основным источником формирования бюджета МСО, в основном, являются субвенции, распределение которых на 2017 год по Сибирскому федеральному округу представлены (табл. 2.1)

Таблица 2.1 - распределение субвенций ТФОМС по Сибирскому федеральному округу на 2017 год (млн. руб.)

Субъект Российской Федерации	Размер субвенции
Красноярский край	39 626,8
Иркутская область	31 687,9
Кемеровская область	28 250,8
Новосибирская область	27 816,1
Субъект Российской Федерации	Размер субвенции
Алтайский край	24 150,7
Омская область	19 413,5
Забайкальский край	13 386,2
Томская область	12 904,1
Республика Бурятия	12 556,4
Республика Хакасия	6 888,8
Республика Тыва	5 349,3
Республика Алтай	3 408,9

Составлено по данным:

¹Федеральный фонд обязательного медицинского страхования <http://www.ffoms.ru/system-oms/>

Федеральный закон от 19.12.2016 N 418-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов" // СПС «КонсультантПлюс».

Структура распределения субвенций ТФОМС по Сибирскому федеральному округу на 2017 год представлена (рис. 2.1)

Красноярский край занимает первую позицию по размеру выделяемых субвенций.



Рисунок 2.1 – Распределение субвенций в % к итогу.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края создан 7 мая 1993 года с целью реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края. Главной задачей ТФОМС является обеспечение реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

По состоянию на 01.04.2016 года численность застрахованных граждан Красноярского края составила 2 946 067 человека, в том числе:

- работающие – 1 183 749 человек (40,2%)
- неработающие – 1 762 318 человек (60%)

Страхователи работающего населения.

По состоянию на 01.01.2017 в Красноярском крае зарегистрированы 165 080 страхователей для работающих граждан, уплачивающих страховые взносы на ОМС2.

Страхователем неработающего населения по ОМС с 01.10.2009 года является министерство здравоохранения Красноярского края.

Участниками системы ОМС Красноярского края являются:

- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края;
- страховые медицинские организации.

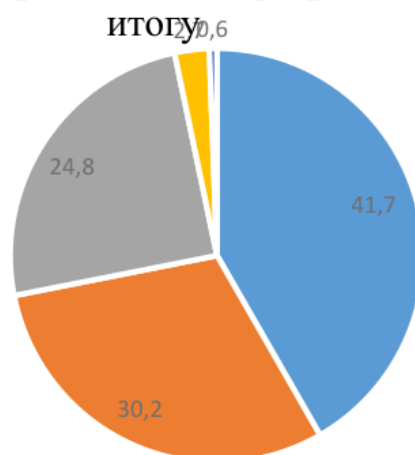
Таблица 2.2 - численность застрахованных лиц в разрезе СМО по Красноярскому краю на 01.01.2018

Страховые медицинские организации	Кол-во застрахованных	%
АО МСО «Надежда»	1 221 007	41,7
Страховые медицинские организации	Кол-во застрахованных	%
ООО МСК «Медика-Восток»	886 057	30,2
ООО ВТБ МС	726775	24,8
Красноярский филиал ООО СК «Капитал-полис Мед»	78 479	2,7
Филиал ООО СК «Ингосстрах-М» в г. Красноярске	18 094	0,6
Всего застрахованных	2 930 412	

Структура численность застрахованных лиц в разрезе СМО по Красноярскому краю на 01.01.2018 представлена (рис. 2.2)

²Финансово-экономическое обоснование <http://www.sobranie.info/files2018/545067195250518-08.doc>

численность застрахованных в разрезе СМО в % к



- АО МСО «Надежда»
- ООО МСК «Медика-Восток»
- ООО ВТБ МС
- Красноярский филиал ООО СК «Капитал-полис Мед»
- Филиал ООО СК «Ингосстрах-М» в г. Красноярске

Рисунок 2.2- Численность застрахованных лиц в разрезе СМО по Красноярскому краю на 01.01.2018

В 2017 году в реализации территориальной программы ОМС участвовали 173 МО различных форм собственности представлено (табл.2.3)

Таблица 2.3 - участники реализации территориальной программы ОМС.

МО различных форм собственности	количество	% к итогу
Краевые государственные бюджетные учреждения здравоохранения	119	68,8
МО федерального подчинения	8	4,6
ОАО «РЖД»	6	3,4
МО частной формы собственности	40	23,2
Итого	173	100

Структура участников реализации и территориальной программы ОМС представлена (рис. 2.3)

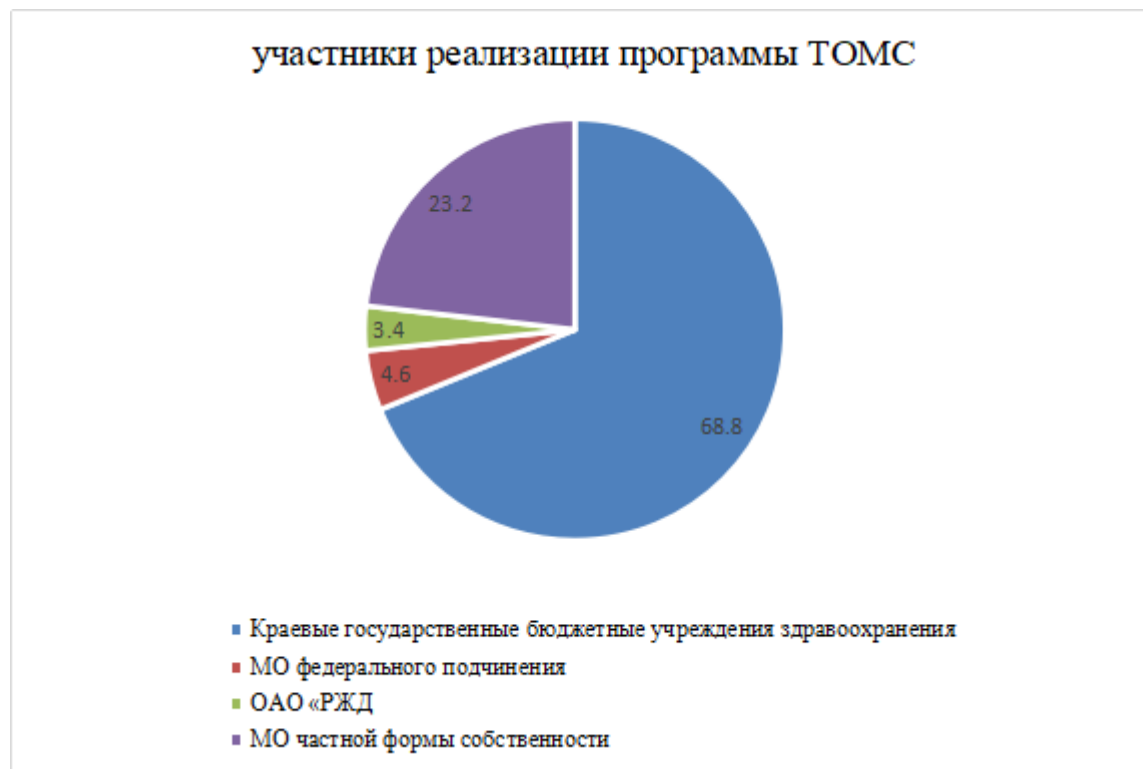


Рисунок 2.3 - Структура участников реализации и территориальной программы ОМС

1. В 2017 году в бюджет ТФОМС Красноярского края поступили финансовые средства в сумме 40 785 858,4 тыс. руб., что составило 100,1% от плана, установленного в сумме 40 753 856,9 тыс. руб.

Основная доля доходов 99,8% сформирована за счет безвозмездных поступлений, в том числе:

- 39 710 237,3 тыс. руб. - 97,4 % за счет средств межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета Федерального фонда ОМС;
- за счет средств краевого бюджета 353 614,4 тыс. руб. и 0,9 процента);
- а счет средств прочих межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования (619 077,8 тыс. рублей или 1,5%).

Поступление прочих доходов ТФОМС Красноярского края, возвраты остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов прошлых лет, имеющих целевое назначение в 2017 году, составило 102 928,9 тыс. рублей или 0,2%.

Исполнение бюджета (ТФОМС) граждан Красноярского края за 2017 г. по доходам и расходам представлено в приложении А (тыс.руб.)

Налоговых и неналоговых доходов в 2017 году в бюджет ТФОМС Красноярского края поступило в сумме 151 726,5 тыс. руб.

Сумма поступлений от оказания платных услуг и компенсации затрат государства в 2017 году в бюджет ТФОМС Красноярского края составила 12 408,8 тыс. руб. 104,2% при плане 11 913,5 тыс. руб.

Средства в сумме 1 332,6 тыс. руб. направлены на финансовое обеспечение программы ТФОМС, утвержденной постановлением Правительства Красноярского края от 27.12.2015 № 682-п, в сумме 553,8 тыс. руб. на формирование нормированного страхового запаса, в сумме 10 471,0 тыс. руб. возвращены в бюджет ФОМС, в сумме 51,4 тыс. руб. - возвращены в краевой бюджет.

Сумма поступлений в 2017 году в бюджет ТФОМС Красноярского края от штрафов, санкций и возмещения ущерба составила 129 587,1 тыс. руб. 117,3% при плане 110 500,0 тыс. руб.

Средства от штрафов, санкций и возмещения ущерба:

- в сумме 19 607,3 тыс. руб. направлены на финансовое обеспечение программы ОМС;

- в сумме 109 979,8 тыс. руб. направлены на формирование НСЗ ТФОМС Красноярского края.

Сумма поступлений в 2017 году в бюджет ТФОМС Красноярского края от прочих неналоговых доходов составила 9 730,6 тыс. руб. 99,5% при плане 9 779,8 тыс. руб.

Безвозмездные поступления в бюджет ТФОМС Красноярского края в 2017 году составили 40 634 132,0 тыс. руб. 100,0% от плана.

Безвозмездные поступления сложились за счет:

– межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда ОМС в сумме 39 710 237,3 тыс. руб. - 100,1% от плана;

- межбюджетных трансфертов краевого бюджета в сумме 353 614,4 тыс. руб. -100,0% от плана;
- прочих межбюджетных трансфертов в сумме 619 077,8 тыс. руб. 98,3% от плана;
- доходов от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет в сумме 3 634,7 тыс. руб. 166,5% от плана;
- возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета ТФОМС Красноярского края в сумме –52 432,2 тыс. руб. 102,9% от плана.

Размер субвенций на выполнение переданных полномочий в сфере ОМС Красноярского края на 2017 год запланирован в соответствии с приложением 5 Федерального закона от 19.12.2016 № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и плановый период 2017 и 2018 годов» в сумме 39 626 816,6 тыс. руб.

Доходы от межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемые территориальным фондам обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования получены в сумме 353 614,4 тыс. руб.

Фактическое поступление средств от ТФОМС других субъектов Российской Федерации в 2017 году составило 619 077,8 тыс. руб. - 98,3% от плана.

Средства на осуществление единовременных компенсационных выплат в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом распоряжения Правительства Российской Федерации от 22.12.2016 № 2772-р в сумме 84 000,0 тыс. руб. (включая сумму из резерва на дополнительное финансирование в размере 24 000, 0 тыс. руб.).

Фактическое поступление указанных иных межбюджетных трансфертов составило 83 420,7 тыс. руб. (с учетом возврата по одному расторгнутому договору) - 99,3% от плана.

В 2017 году финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам осуществлялось на следующих условиях софинансирования:

- 60 процентов - за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету ТФОМС Красноярского края из бюджета ФОМС;
- 40 процентов - за счет средств краевого бюджета.

В 2017 году заключено 140 договоров о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам в возрасте до 50 лет, прибывшим после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшему на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта.

Наибольшее количество врачей прибыло на работу в следующие районы:

- одиннадцать Нижнеингашский;
- девять Курагинский;
- девять Березовский;
- девять Большемуртинский;
- восемь Богучанский;
- восемь Шушенский;
- шесть Емельяновский.

В 2017 году в бюджет ТФОМС Красноярского края поступили средства от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов прошлых лет, имеющих целевое назначение, в сумме 3 634,7 тыс. руб.

В 2017 году в бюджет ТФОМС Красноярского края от министерства финансов Красноярского края поступил неиспользованный на 01.01.2017 остаток средств на программу модернизации здравоохранения Красноярского края в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров в сумме 170 388,0 тыс. руб. Указанные средства в полном объеме возвращены в бюджет Федерального фонда ОМС.

В 2017 году в бюджет ТФОМС Красноярского края поступили средства из Федерального фонда ОМС на программу модернизации здравоохранения

Красноярского края в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров в сумме 170 388,0 тыс. руб. (за счет средств возвращенного ТФОМС Красноярского края неиспользованного остатка средств на указанные цели на 01.01.2017). Указанные средства в полном объеме направлены в министерство финансов Красноярского края.

Источником внутреннего финансирования дефицита бюджета ТФОМС Красноярского края в 2017 году являлся остаток на счетах на 01.01.2017 года в сумме 103 001,2 тыс. руб.

Остаток средств на счетах ТФОМС Красноярского края по состоянию на 01.01.2018 в сумме 75 385,0 тыс. руб. планируется направить:

- на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования - 30 318,5 тыс. руб.,
- на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации - 859,1 тыс. руб.,
- возвращено в январе 2018 года в бюджет Федерального фонда ОМС остаток средств иных межбюджетных трансфертов на осуществление единовременных выплат медицинским работникам - 9,9 тыс. руб.,
- на организацию мероприятий по дополнительному профессиональному образованию медицинских работников по программам повышения квалификации, а также приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования - 44 197,5 тыс. руб.

2. Расходы бюджета ТФОМС Красноярского края в 2017 году составили 40 813 474,7 тыс. руб. - 99,9% при плане 40 853 127,3 тыс. руб., в том числе:

- финансовое обеспечение территориальной программы ОМС и расходов на выполнение ТФОМС Красноярского края своих функций – 39 997 634,3 тыс. руб. 98,0% в общем объеме средств;
- осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам - 83 420,7 тыс. руб. - 0,2% в общем объеме средств;

- финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной МО Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации – 618 816,1 тыс. руб. - 1,5% в общем объеме средств;
- организация дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также приобретение и проведение ремонта медицинского оборудования - 113 603,6 тыс. руб. - 0,3% в общем объеме средств.

Исполнение бюджета (ТФОМС) граждан Красноярского края за 2017 г. по расходам представлено в приложении Б (тыс.руб)

2.2 Проблемы финансирования страховой системы здравоохранения на современном этапе и меры по совершенствованию (на примере ТФОМС)

Система ОМС в крае формировалась в непростых условиях. Сложности были связаны с наполнением бюджетов всех уровней, невыплатой средств в полном объеме, установленного тарифа обязательного медицинского страхования, дефицитов муниципальных бюджетов, в силу которых установленные законом нормы и порядок финансирования медицинских учреждений фактически не исполнялись.

В настоящее время наиболее острой проблемой в обязательном медицинском страховании выделяют финансирование. Ввиду отсутствия достойного финансирования происходит ухудшение качества оказываемых услуг, уменьшение заработной платы персонала, не укомплектованность штата сотрудников в виду отсутствия мотивации к работе и др. Для решения перечисленных проблем, необходимо решить вопрос финансирования.

При современном финансировании медицинских учреждений, нехватка финансов сильно сказывается на качестве и количестве медицинских услуг. Стоит отметить, что происходит и рост цен на сами услуги, поскольку вводятся новые методы и средства лечения, которые стоят больших денег.

Я считаю, что для решения данной проблемы необходимо:

— создать устойчивую финансовую основу для оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования;

–увеличить численности программ, направленных на профилактику заболевания;

–обеспечить рост заработной платы медицинских работников;

–создать конкуренцию на рынке медицинского страхования.

Несмотря на все сложности политического и экономического характера, фондом была организована системная работа, которая все эти годы велась планомерно и отражала все происходящие в стране, в крае, в сфере здравоохранения изменения, постоянно возникающие новые требования, связанные с развитием медицинских технологий, изменениями тарифов на медицинскую помощь другими аспектами деятельности.

Также актуальной проблемой Территориального Фонда ОМС Красноярского края, на мой взгляд, на сегодняшний день является вопрос расчета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в части сроков оплаты услуг медицинской помощи ТФОМС Красноярского края.

Срок возмещения средств ТФОМС, в котором застраховано лицо, не позднее 25 рабочих дней даты предоставления счета (счета ресурсов) медицинских организаций с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Территориальные фонды субъектов РФ нарушают сроки возмещения средств, тем самым, возникает необходимость нарушения сроков по обязательствам ТФОМС Красноярского края перед другими фондами.

Эта проблема, может быть, абсолютно нерешаема, если субъект Территориального фонда не направляет в срок или не направляет вообще страховые взносы на обязательное медицинское страхование. В этом случае субвенцию ТФОМС получает позже или не получает вообще.

Путь решения данной проблемы. Считаю, что при нарушении сроков перечисления взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения ФФОМС, территориальному фонду ОМС необходимо отработать проблему с министерством здравоохранения в части срока перечисления. В случае неперечисления взносов федеральный бюджет, в лице ФФОМС, как аккумулирующий

и распределяющий финансовые потоки по страховым взносам, может рассмотреть выравнивание финансирования бюджетов ТФОМС субъектов РФ. В этом случае обязать территориальные фонды ОМС в срок производить расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ.

Также существует проблема в части информационного обмена между территориальными фондами ОМС, который осуществляется только по защищенному каналу связи ViPNet, с применением сертифицированных средств криптографической защиты информации. Обмен файлами сопровождается документами на бумажных носителях, подписанных собственноручными подписями руководителя, главного бухгалтера и печатью территориального фонда.

Согласно пункту 5 статьи 44 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов, как в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности предоставления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

Согласно пункту 13 «Методических указаний по предоставлению информации в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденных председателем Федерального фонда 4 апреля 2011 года, счет на оплату медицинской помощи, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

В соответствии со статьей 141 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 года № 158н, счет за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской

Федерации на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, должен быть заверен подписью руководителя, главного бухгалтера печатью территориального фонда.

Федеральным законом от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной цифровой подписи» определены виды электронных подписей и условия признания электронных документов, подписанных электронными подписями, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручными подписями. В соответствии со статьей 6 закона № 63-ФЗ информация в электронной форме, подписанная квалифицированной электронной подписью, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью, кроме случая, если федеральными законами или принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами установлено требование о необходимости составления документа исключительно на бумажном носителе. Информация в электронной форме, подписанная простой электронной подписью или неквалифицированной электронной подписью, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью, в случаях, установленных федеральными законами, принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами или соглашением между участниками электронного взаимодействия.

Соглашения между участниками электронного взаимодействия, устанавливающие случаи признания электронных документов, подписанных неквалифицированной электронной подписью, равнозначными документам на бумажных носителях, подписанным собственноручной подписью, должны предусматривать порядок проверки электронной подписи.

При подписании электронных документов усиленной электронной подписью сторонами электронного взаимодействия необходимо заключать соглашение о взаимном признании электронных подписей, в котором следует указать, что электронный документ подписывается одной электронной подписью, являющейся для участников информационного взаимодействия равнозначной электронным подписям

руководителя, главного бухгалтера и печати организации. Соглашения должны предусматривать порядок проверки электронной подписи.

С учетом вышеизложенного, электронные документы (счета, реестры счетов и т.д.), подписанные одной электронной подписью, будут равнозначны документам на бумажных носителях, подписанным собственноручными подписями руководителя, главного бухгалтера и с печатью организации, после подписания соглашения между участниками электронного взаимодействия.

В письме федерального фонда «О порядке обмена данными» говорится, что электронные документы не являются заменой документов на бумажных носителях до тех пор, пока не будет утвержден федеральными законами или принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами порядок безбумажного документооборота.

Огромное значение в решении проблемы безбумажного документооборота имеет ведение архива электронных документов.

В настоящее время отсутствует нормативная база, регламентирующая ведение архива электронных документов.

Электронный архив представляет собой систему структурированного хранения электронных документов. Основной задачей этой системы является обеспечение оперативного доступа всех сотрудников организации к необходимой информации.

Возможности системы электронного архива:

- создание и регистрация электронных документов;
- печать документов;
- просмотр документов;
- оперативный поиск документов по различным параметрам (дата, контрагент, название, фраза);
- удаление документов из системы только при наличии соответствующего права;
- установление связей между документами, группировка документов;
- резервное копирование всех документов архива;

– контроль за историей изменения документов.

В настоящее время территориальными фондами обязательного медицинского страхования, в том числе ТФОМС Красноярского края, вместе с электронными документами (реестры счетов) направляются документы на бумажных носителях (счета, реестры счетов), что влечет за собой неэффективное использование рабочего времени.

В связи с этим также возникает проблема правильного расчета дебиторской задолженности по счетам территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи и кредиторской задолженности по счетам территориального фонда по месту страхования.

Таблица 2.4 - Перечень нарушений, отказов в оплате

Перечень нарушений, отказов в оплате	2016 год	2017 год	2018 год
Количество предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь по территориальной программе ОМС (тыс.)	173,5	202,5	187,8
Всего выявлено счетов, содержащих нарушения,	9520	8073	5614
нарушения, связанные с оформлением счетов и реестров счетов	4442	2184	2586
нарушения, связанные с принадлежностью застрахованного лица к СМО	4465	5209	1915
нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС	254	294	499
нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь	92	83	79
нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности	0	0	13
нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:	154	239	434
прочие нарушения в соответствии с Перечнем	113	64	88
Количество принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь по территориальной программе ОМС (тыс.)	163,7	194,1	181,8
Отношение кол-ва пред. реестров к отказ., %	5,5	4,0	3,0

Медико-экономический контроль реестров счетов проводится территориальным фондом по месту страхования, в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», с использованием перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи.

При этом оценивается правильность оформления реестров счетов, правильность кодирования медицинских услуг, соответствие представленных медицинских услуг территориальной программе ОМС, идентификация на принадлежность застрахованного лица к территории страхования.

Динамика нарушений, выявленных в ходе проведения медико-экономического контроля реестров счетов территориальным фондом Красноярского края, направляемых в территориальные фонды по месту страхования.

Количество выявленных нарушений имеет тенденцию к снижению, обоснованием которой, является применение в системе ОМС Красноярского края технологии централизованной обработки реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями по территориальной программе ОМС (сверка с Центральным сегментом единого регистра застрахованных лиц на

определение страховой принадлежности, первичный автоматизированный контроль предъявленных реестров счетов).

Структура нарушений, выявленных при медико-экономическом контроле в 2018 году.

В 2018 году изменилась структура основных нарушений:

Таблица 2.5 – структура нарушений

Структура нарушений:	2017 г.	2018 г.
нарушения, связанные с оформлением счетов и реестров счетов	47 %	46 %
нарушения, связанные с принадлежностью застрахованного лица к СМО	47%	34 %
нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС	3 %	9 %
нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи	2 %	8 %

Наибольший удельный вес имеют:

- нарушения, связанные с оформлением счетов и реестров счетов - 46%;
- нарушения, связанные с принадлежностью застрахованного лица к СМО - 34%;

Потери медицинских учреждений по результатам медико-экономического контроля территориальных фондов по месту страхования составили:

- в 2016 г. - 4 786,6 тыс. руб.;
- в 2017 г. - 3 415,1 тыс. руб.;
- в 2018 г. - 7 823,4 тыс. руб.

Причиной большого количество отказов по счетам, предъявленным территориальными фондами по месту оказания медицинской помощи в территориальные фонды по месту страхования, является разное программное обеспечение со своими правилами форматно-логического контроля, сверки на

определение страховой принадлежности, контроля видов медицинской помощи, стоимости тарифов и т.д.

Также причинами отказов, в части проведения медико – экономического контроля реестров счетов между территориальными фондами РФ, являются спорные ситуации, требующие доработки действующих нормативных актов по некоторым пунктам перечня нарушений.

Одним из отказов действующего Порядка является п. 5.1.6. «Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду».

В соответствии со статьей 138 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 года № 158н, медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее – реестр), в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти рабочих дней месяца следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

При наличии отклоненных от оплаты счетов, на оплату медицинской помощи по результатам, проведенного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, медицинская организация дорабатывает и повторно представляет отклоненные ранее счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

В результате в сформированном счете в территориальные фонды по месту страхования, дата оказания медицинской помощи соответствует разным периодам лечения. При формировании отдельных счетов за каждый период лечения (месяц), документооборот увеличивается в среднем в три раза. Данный отказ способствует значительному увеличению бумажного документооборота.

Также, возникают спорные ситуации по п. 5.3.1. «Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС».

В соответствии со статьей 147 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 года № 158н, не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь по видам, не входящим в базовую программу.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

застрахованным лицам оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения; осуществляются мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III Программы, медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (раздел II).

Для решения данного вопроса об оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках межтерриториальных расчетов некоторых кодов Международной классификации болезней 10 пересмотра класса, необходимо

четкое обозначение перечня кодов МКБ-10, которые подлежат оплате в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Возникают спорные ситуации по пункту 5.2. «Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица».

В соответствии со ст.16 Федерального закона застрахованное лицо имеет право выбора страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования; замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию; осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Законодательно не прописана ситуация, когда в случае замены пациентом страхового медицинского полиса ОМС, во время длительного пребывания в условиях амбулаторно - поликлинической помощи или стационарной помощи, которые являются законченным случаем лечения, каким территориальным фондом обязательного медицинского страхования Российской Федерации должна возмещаться оказанная медицинская помощь (по полису, который действовал на дату начала лечения или на дату окончания лечения).

Предложения по усовершенствованию работы межтерриториальных расчетов:

- 1 С целью обеспечения эффективной организации межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную гражданам РФ вне территории его страхования, необходимо разработать единую информационную систему, которая сможет автоматизировать этот процесс, унифицировать процессы межтерриториальных расчетов и сформировать централизованные информационные ресурсы системы обязательного медицинского страхования

(ОМС) на основе единой системы справочников, обеспечив таким образом, безбумажный обмен данными при подобных расчётах.

Информационная система обеспечит:

- взаимодействия территориальных фондов обязательного медицинского страхования при осуществлении межтерриториальных расчетов с использованием единой нормативно-справочной информации и единых правил форматно-логического контроля с применением электронно-цифровой подписи;
- получение Федеральным фондом обязательного медицинского страхования обезличенной информации по этим расчётам, мониторинг и аналитическую обработку результатов на базе полученных данных;
- значительное сокращение бумажного документооборота;
- достижение полной прозрачности взаиморасчетов между ТФОМС;
- повышение эффективности работы сотрудников системы ОМС.

2. Необходима нормативная база, регламентирующая порядок ведения безбумажного документооборота, архива электронных документов;
3. Необходим пересмотр действующего перечня порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в части нарушений, выявленных по результатам проведения медико – экономического контроля;
4. Необходимо ужесточить контроль при проведении первичного автоматизированного контроля предъявленных реестров счетов медицинскими организациями Красноярского края, за оказанную медицинскую помощь лицам, застрахованным на территориях других субъектов РФ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ни одна страна мира не может сказать, что на здравоохранение хватает средств, поскольку постоянно развивающиеся медицинские технологии требуют постоянного увеличения расходов.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и призвано обеспечивать всем гражданам равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи за счет страховых средств в объеме и на условиях, определяемых соответствующими программами.

В своей работе я провела анализ финансовой деятельности на примере Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края.

Была проделана следующая работа:

- 1) Рассмотрены теоретические аспекты финансового обеспечения системы здравоохранения;
- 2) Изучена характеристика моделей финансирования здравоохранения через ОМС в РФ и в мировой практике;
- 3) Проведен анализ использования средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования на региональном уровне;
- 4) Выявлены проблемы финансирования здравоохранения;
- 5) Внесены предложения по устранению имеющихся проблем.

Основными источниками финансирования определяем ФФОМС, так как он является аккумулятором денежных потоков по взносам на неработающее и работающее население, а также обладает распределительной функцией направления субвенций в территориальный фонд.

Проведение исследования позволило выявить ряд проблем межтерриториальных расчетов в части нарушения сроков перечисления средств за оказанную помощь инокраевым гражданам. Межтерриториальные расчеты представляют собой расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории

субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Также на данный момент насущной проблемой стало отсутствие равнозначности документов на бумажном носителе и документов в электронном виде.

Вышеназванная проблема образует проблему правильного расчета роста дебиторской задолженности по счетам территориального фонда ОМС по месту оказания медицинской помощи, и кредитор задолжал по счетам территориального фонда по месту страхования.

Программное обеспечение со своими правилами форматно – логического контроля, сверка на определение страховой принадлежности, контроль видов медицинской помощи, стоимости тарифа.

Основным выводом следует считать то, что система ОМС в России доказана и доказывает свою необходимость и работает. Финансовое обеспечение Программы уменьшается с каждым годом, однако, нерешенные задачи не позволяют обеспечить Программу достаточными финансовыми средствами.

Существует дисбаланс между обязательствами государства по оказанию бесплатной медицинской помощи населению и выделяемыми финансовыми средствами на ОМС неработающих граждан, что не позволяет реализовать в полном объеме экономический потенциал системы ОМС.

Наблюдается недостаточная проработка законодателей и нормативной базы по бюджетированию Программы обязательного медицинского страхования населения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДМС – добровольное медицинское страхование

ЛПУ - лечебно-профилактические учреждения

МО – медицинское учреждение

ОМС – обязательное медицинское страхование

СМО – страховая медицинская организация

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ФЗ – Федеральный закон

ФОТ – фонд оплаты труда

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Конституция Российской Федерации;
- 2 Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу от 29.07.2018) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- 3 Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ (ред. от 19.12.2016) «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»;
- 4 Закон РФ от 27.11.1992 № 4015–1 (ред. от 03.08.2018) «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;
- 5 Рассел, Джесси Медицинское страхование / Джесси Рассел. - М.: VSD, 2016;
- 6 Федеральный закон от 19.12.2016 N 418-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов" // СПС «КонсультантПлюс»;
- 7 Андреева Е. В. Страховая деятельность и ее регулирование на современном страховом рынке / Е. В. Андреева, О. И. Русакова. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2015. — 160 с.;
- 8 Эриашвили Н.Д. [Текст]: Финансовое право: Учебник для вузов. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2000.;
- 9 Цыганова, О.А. Медицинское страхование: Учебное пособие. Гриф МО РФ / О.А. Цыганова. - М.: ИНФРА-М, 2016;
- 10 Диденко А. В. Особенности добровольного медицинского страхования (ДМС) // Молодой ученый. — 2018. — №39. — С. 69-71. — URL <https://moluch.ru/archive/225/52818/> (дата обращения: 07.12.2018);
- 11 Роик, В.Д. Социальное страхование: теория и практика организации [Электронный ресурс] : учебник и практикум для магистратуры / В.Д. Роик .— М. :

Перспектив, 2016 .— 320 с. — ISBN 978-5-392-21128-9 .— Режим доступа:
<https://rucont.ru/efd/632917>;

12 Спицина О. В., Козлова А. Н., Савнина А. В. Правовое регулирование и организация обязательного медицинского страхования в России [Текст] // Юридические науки: проблемы и перспективы: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2016 г.). — Казань: Бук, 2016. — С. 62-64. — URL <https://moluch.ru/conf/law/archive/181/9982/> (дата обращения: 06.12.2018);

13 Тулякова А. А. Оценка эффективности финансовой системы обязательного медицинского страхования // Научно-методический электронный журнал «Концепт». — 2016. — Т. 34. — С. 250–256. — URL: <http://e-koncept.ru/2016/56772.htm>.;

14 Федорова Т.А. Основы страховой деятельности: Учебник / Отв. ред. проф. Т.А. Фёдорова. — М.: 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Экономистъ, 2004. — 875 с.;

15 Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
<http://www.ffoms.ru/system-oms/>.;

16 Финансово-экономическое обоснование
<http://www.sobranie.info/files2018/545067195250518-08.doc>.;

17 Официальный сайт ТФОМС Красноярского края <http://www.krasmed.ru/>.;

18 КиберЛенинка:
<https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-sistemy-lekarstvennogo-obespecheniya-rossiyskoy-federatsii>.;

19 Развитие медицинского страхования за рубежом: URL:
<http://www.info-insurance.ru/articles/medical/116/> (дата обращения: 16.03.2011 г.);

20 <http://www.krasmed.ru/> официальный сайт ТФОМС Красноярского края;

21 письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2011 № 9161 /30-1 /и «Методическими указаниями по предоставлению информации в сфере обязательного медицинского страхования»;

22 Федеральный закон от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной цифровой подписи».

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Исполнение бюджета (ТФОМС) граждан Красноярского края

за 2017 г. по доходам

тыс. руб.

Вид дохода	2016 год	Структура, %	2017 год	Структура, %	Отклонение
ВСЕГО	39 641 217,3	100,0	40 785 858,4	100,0	1 144 641,2
Налоговые и неналоговые доходы	265 756,7	0,67	151 726,5	0,37	- 114 030,2
Безвозмездные поступления:	39 545 894,5	99,76	40 682 929,5	99,75	1 137 035,0
на финансирование базовой Программы ОМС	38 843 253,8	97,99	39 980 431,0	98,03	1 137 177,2
средства бюджета Федерального фонда ОМС	38 543 253,8	97,23	39 626 816,6	97,16	1 083 562,8
средства краевого бюджета	300 000,0	0,76	353 614,4	0,87	53 614,4
прочие межбюджетные трансферты	643 800,0	1,62	619 077,8	1,52	-24 722,2
на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам	58 840,7	0,15	83 420,7	0,20	24 580,0

Продолжение приложения А

Вид дохода	2016	Структура, %	2017	Структура, %	Отклонение
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	- 170 433,9	-	- 48 797,5	-	121 636,4
Кроме того					
финансирование Программы государственных гарантий Красноярского края	5 749 404,1				
реализация мер социальной поддержки населения	1 731 633,0				
реализация мероприятий по восстановительному лечению (долечиванию) в санаторно-курортных организациях	80 497,5				

Окончание приложения А

Вид дохода	2016	Структура, %	2017	Структура, %	Отклонение
обеспечение отдельных полномочий области лекарственного обеспечения населения ЗАТО	20 859,4				
Итого	7 582 394,0				

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Исполнение бюджета (ТФОМС) граждан Красноярского края за 2017 г. по расходам

тыс. руб.

Вид расходов	2016 год	Структура, %	2017 год	Структура, %	Отклонение
Финансовое обеспечение программы ОМС	38 828 662,5	98,1	39 997 634,3	98,0	1 168 971,8
за счет средств Федерального фонда ОМС	38 528 662,5	97,3	39 623 546,3	97,1	1 094 883,8
за счет средств краевого бюджета	300 000,0	0,8	353 614,4	0,9	53 614,4
за счет прочих поступлений (возмещение ущерба, нецелевое, реэкспертиза)	0,0	0,0	20 473,6	0,1	20 473,6
Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной МО Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации,	643 110,2	1,6	618 816,1	1,5	-24 294,1

Продолжение приложения Б

Вид расходов	2016 год	Структура, %	2017 год	Структура, %	Отклонение
Межбюджетные трансферты на осуществление единовременных выплат медицинским работникам в рамках социальных выплат	58 840,7	0,2	83 420,7	0,2	24 580,0
Финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования	49 751,9	0,1	113 603,6	0,3	63 851,7
Итого	39 580 365,3	100,0	40 813 474,7	100,0	1 233 109,4

Окончание приложения Б

Вид расходов	2016 год	Структура, %	2017 год	Структура, %	Отклонение
Кроме того:					
санаторно-оздоровительная помощь	80 109,2				
реализация Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Красноярском крае	5 726 389,1				
меры социальной поддержки населения	1 744 483,9				
Итого	7 550 982,2				