

Кафедра Экономики и торгового дела

Курсовая работа

по дисциплине Государственное и муниципальное финансовое
на тему Федеральной и территориальной форм областного
медицинского страхования, особенности его формирования и
расходами

Выполнил (а) студент (ка) III курса
71510 группы очной формы обучения
семестр 6

Теске Мария Александровна
(Ф.И.О. полностью)
Маш
(подпись)

Руководитель: к.э.н., доцент
(должность, учёная степень)
Савченко Т.К.
(Ф.И.О.)

Отметка о допуске (недопуске) к защите
к защите
« 14 » 06 2018 г.
Т.К. Савченко
(Подпись руководителя)
Рег. номер 17 от 11.05.18
(Дата)

*содержание - 60
вопросов - 8
презентации - 8
ответов на вопросы - 8
85/100*

г. Смоленск
2018 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы обязательного медицинского страхования в РФ	
1.1 Сущность и особенности функционирования системы обязательного медицинского страхования в РФ.....	5
1.2 Назначение фондов обязательного медицинского страхования в РФ.....	15
Глава 2. Оценка деятельности и перспектив развития системы обязательного медицинского страхования в РФ	
2.1 Анализ доходов и расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования в РФ и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области.....	23
2.2 Совершенствование системы обязательного медицинского страхования в РФ.....	31
Заключение.....	40
Список использованных источников.....	42
Приложения.....	46

ВВЕДЕНИЕ

Главной целью любого государства является создание условий для нормальной жизнедеятельности людей. На сегодняшний день одним из важнейших направлений государственной политики в области обеспечения стабильного социально-экономического развития Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья нации.

В 41 статье Конституции Российской Федерации закреплены права граждан на охрану здоровья и получение гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи. С целью обеспечения этих прав создана система обязательного медицинского страхования [1].

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. В процессе осуществления обязательного медицинского страхования происходит формирование целевых фондов и использование средств этих фондов на возмещение расходов, связанных с оказанием застрахованным лицам медицинской помощи. В Российской Федерации к таким фондам относятся Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счёт средств обязательного медицинского страхования в объёме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Всё это обусловило выбор данной актуальной темы курсовой работы.

Объектом исследования в данной курсовой работе выступает система обязательного медицинского страхования. Предметом исследования является оценка деятельности и перспектив развития системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Целью написания данной курсовой работы является исследование в теории и практике системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и путей её совершенствования.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- раскрыть сущность и выявить особенности системы обязательного медицинского страхования в РФ;
- изучить назначение Федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования в РФ;
- провести анализ доходов и расходов Федерального фонда ОМС в РФ и территориального фонда ОМС Смоленской области на современном этапе;
- рассмотреть проблемы развития и возможные пути совершенствования системы обязательного медицинского страхования.

Для написания курсовой работы использовались такие методы исследования как систематизация, обобщение, изучение документации, а также анализ и синтез.

В ходе написания данной курсовой работы, использовалась широкая информационная база, в которую вошли нормативно-правовая база, учебники и учебные пособия, периодические издания, ресурсы Интернет.

Курсовая работа включает в себя введение, обзорную и аналитическую главы, заключение и список использованных источников. В первой главе раскрыта сущность системы обязательного медицинского страхования в РФ, рассмотрены особенности её функционирования, а также изучено назначение фондов обязательного медицинского страхования. Во второй главе проанализированы доходы и расходы ФФОМС и ТФОМС Смоленской области, а также выявлены проблемы развития и пути совершенствования системы обязательного медицинского страхования в РФ. В качестве наглядного материала в данной курсовой работе представлены рисунки, графики и таблица.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РФ

1.1 Сущность и особенности функционирования системы обязательного медицинского страхования в РФ

Предоставление социальной помощи гражданам в случае болезни начало развиваться достаточно давно. Ещё в Древней Греции и Римской империи действовали организации взаимопомощи в виде профессиональных коллегий. Они собирали и выплачивали средства при наступлении несчастного случая, получении травмы, утраты трудоспособности в результате увечья или длительной болезни. В средневековье защитой населения при заболевании или наступлении инвалидности занимались церковь и цеховые или ремесленные гильдии (союзы). В первом случае лечебная и материальная помощь предоставлялась нуждающимся за счёт пожертвований и церковных сборов безвозмездно. Во втором случае помощь оказывалась за счёт средств цеховых касс, образованных из членских взносов.

Однако форму медицинского или, как тогда называли, больничного страхования социальная помощь при болезни получила лишь во второй половине XIX века [27, с. 148].

Возникновение системы страховой помощи населению при болезни в России связано, в первую очередь, с развитием в конце XIX века земской медицины, дотируемой из казны, за счёт ассигнований губернских и уездных властей. Медицинское страхование в дореволюционной России не получило широкого распространения из-за её аграрности и малого периода пореформенного капиталистического развития.

В начале XX века преимущественно на крупных предприятиях Москвы и Санкт-Петербурга начали создаваться фабричные страховые кассы.

Принципы их организации и функционирования были подобны западноевропейским. Государственной думой в 1912 году был принят закон о введении обязательного медицинского страхования работающих граждан. К 1916 году в России насчитывалось 2403 больничные кассы, которые включали в себя 1961 тыс. членов.

Данные кассы функционировали до революции. После принятия декрета о введении государственной монополии в страховании они потеряли свою актуальность и законность [20, с. 428].

В советское время не было необходимости в медицинском страховании, так как было организовано всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а здравоохранение полностью содержалось за счёт средств государственного бюджета, государственных министерств и ведомств, а также за счёт социальных фондов предприятий.

В 1991 году, в период проведения социальных и экономических реформ, острой нехватки бюджетных и ведомственных средств на содержание медицинских учреждений, сильного понижения уровня жизни, был принят Закон РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Данный закон предусматривал утверждение в России медицинского страхования населения в двух формах: обязательной и добровольной [19, с. 260]. Полностью этот документ был введён с 1 января 1993 года, однако, он утратил силу с 1 января 2011 года на основании Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В данный момент законодательство об обязательном медицинском страховании опирается на Конституцию РФ и включает в себя Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном

медицинском страховании в Российской Федерации», а также другие федеральные законы и законы субъектов Российской Федерации. Отношения, которые связаны с обязательным медицинским страхованием, также регулируются прочими нормативно-правовыми актами РФ и прочими нормативно-правовыми актами субъектов РФ [2].

В пункте 1 статьи 3 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» даётся определение понятия обязательное медицинское страхование (ОМС). Под обязательным медицинским страхованием подразумевается вид обязательного социального страхования, который представляет собой систему правовых, экономических и организационных мер, создаваемых государством. Такие меры направлены на обеспечение застрахованному лицу гарантий бесплатного оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая за счёт средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС [2].

Проще говоря, ОМС является одним из наиболее значимых элементов системы социальной защиты населения по охране здоровья и по получению необходимой медицинской помощи в случае заболевания [19, с. 260].

Основная цель ОМС заключается в сборе и капитализации страховых взносов, а затем в предоставлении за счёт собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан в гарантированных размерах и на законодательно установленных условиях [19, с. 261].

В основу системы ОМС положены некоторые принципы, которые определены государством в лице своих законодательных и исполнительных органов.

Принципами ОМС называются руководящие начала, основополагающие идеи, в которых выражаются сущность ОМС и его назначение в обществе. Выделяют 10 основных принципов ОМС.

1. **Всеобщий и обязательный характер.** Данный принцип означает, что все граждане РФ, застрахованные в системе ОМС, независимо от возраста, пола, места жительства, состояния здоровья, уровня личных доходов имеют равные права на получение бесплатных медицинских услуг, включенных в программы ОМС.

2. **Государственный характер гарантии бесплатной медицинской помощи.** Это означает, что застрахованному лицу обеспечиваются гарантии бесплатного оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программ ОМС за счёт средств ОМС, которые находятся в собственности нашего государства.

3. **Общественная солидарность и социальная справедливость.** Данный принцип означает то, что:

– во-первых, взносы на ОМС поступают за всех граждан, но потребление финансовых ресурсов происходит тогда, когда застрахованное лицо обращается за медицинской помощью, то есть «здоровый платит за больного»;

– во-вторых, объём медицинских услуг, предоставляемых гражданам, не зависит от уровня страховых взносов (граждане с различным уровнем дохода и, соответственно, с различным размером перечисленных страховых взносов на ОМС имеют право на одинаковую медицинскую помощь в системе ОМС), то есть «богатый платит за бедного».

4. **Натуральная форма страхования.** Это означает, что выплаты при наступлении страхового случая предоставляются не в денежной форме, а в натуральной, то есть в виде оказания медицинской помощи.

5. **Бессрочность.** Данный принцип означает, что страхование осуществляется на протяжении всей жизни человека.

6. **Устойчивость финансовой системы ОМС** обеспечивается по принципу равноценности страхового обеспечения средствам ОМС.

7. **Обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС** в размерах, установленных федеральным законодательством.

8. Государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц по исполнению обязательств в области ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика.

9. Создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.

10. Равноправность представительства субъектов и участников ОМС в органах управления ОМС [30, с. 76].

Объектом медицинского страхования является страховой риск. Он связан с расходами на оказание медицинской помощи в случае возникновения страхового случая. Согласно пунктам 3 и 4 статьи 3 Федерального закона от 29 ноября 2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» под страховым риском понимается предполагаемое событие, при наступлении которого появляется необходимость расходования средств на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованному лицу, а под страховым случаем – совершившееся событие (травма, заболевание, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС [2].

Система ОМС включает в себя: застрахованных лиц, страхователей, Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации (лечебно-профилактические учреждения) любой организационно-правовой формы, предусмотренной российским законодательством, включая индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной медицинской практикой [29, с. 117]. В целом структура ОМС наглядно представлена на рисунке 1.



Источник: Социальное страхование: Учебник для бакалавров / В.Г. Павлюченко, предисл. А.С. Матвеева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2015, с. 301

Рис. 1. Структура ОМС

Каждое из структурных подразделений системы ОМС имеет установленные на законодательном уровне права, а также определённые функции и обязанности. Различаются они и по статусу. Одни из них имеют статус «субъектов обязательного медицинского страхования», а другие — «участников обязательного медицинского страхования».

К субъектам ОМС относятся:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) страховщик – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) [28, с. 301].

Между субъектами ОМС правовые отношения возникают и существуют в силу закона [32, с. 43].

К участникам ОМС относятся:

- 1) территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС);
- 2) страховые медицинские организации (СМО);

3) медицинские организации (МО) (лечебно-профилактические учреждения и др.) [28, с. 300].

Между участниками ОМС правовые отношения возникают на основании договоров (о финансовом обеспечении ОМС, на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС), с помощью которых осуществляется страховое обеспечение при наступлении страхового случая [32, с. 43].

Застрахованными лицами являются:

- 1) граждане Российской Федерации (как работающие, так и не работающие);
- 2) иностранные граждане, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации;
- 3) лица без гражданства;
- 4) лица, признанные беженцами [26, с. 271].

Необходимо отметить, что ОМС имеет свои особенности при страховании различных категорий населения. В частности, для различных категорий населения законом определены свои страхователи, то есть те субъекты, которые уплачивают страховые взносы на обеспечение граждан медицинским страхованием. Так, для работающего населения страхователями являются:

- 1) лица, которые производят выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (организации, индивидуальные предприниматели, лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями);
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие [28, с. 302].

Страхователями для неработающего населения выступают органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ.

Страхователи отвечают за правильность начисления и своевременность уплаты страховых взносов на ОМС. За нарушение порядка и сроков уплаты

страховых взносов к ним применяются различные финансовые санкции в соответствии с законодательством.

Существуют некоторые особенности в исполнении функций страховщика. Так, статус страховщика закреплён законом за ФФОМС. Но он выполняет данную функцию только в пределах реализации базовой программы ОМС. Что же касается территориальных фондов ОМС, то они исполняют лишь отдельные полномочия страховщика по реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы, полномочия страховщика по установленным территориальными программами ОМС дополнительным объёмам страхового обеспечения страховых случаев, установленных базовой программой, а также по дополнительным основаниям, перечням страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи. Страховые медицинские организации (СМО) тоже осуществляют отдельные полномочия страховщика согласно договоров о финансовом обеспечении ОМС, заключенным между ТФОМС и СМО [28, с. 302].

Система ОМС включает три уровня:

1-й уровень страхования в системе ОМС представлен ФФОМС. Он осуществляет общее организационное и нормативное управление системой ОМС, но не проводит страховые операции. ФФОМС был создан для исполнения государственной политики в сфере медицинского страхования. Его роль в ОМС сводится к общему регулированию системы. Это достигается как за счёт нормативного регулирования основных положений ОМС на территории РФ, так и за счёт финансового регулирования осуществления медицинского страхования населения в субъектах РФ;

2-й уровень организации ОМС представляют территориальные фонды ОМС и их филиалы. Данный уровень является основным в системе ОМС, так как именно территориальные фонды осуществляют сбор, аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС;

3-й уровень в системе ОМС представлен страховыми медицинскими организациями. Они получают финансовые средства для осуществления ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от численности и половозрастной структуры застрахованного населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, которые предоставляются застрахованным гражданам [24, с. 375].

По Положению о страховых медицинских организациях, которые осуществляют ОМС, в качестве СМО может выступать юридическое лицо любой формы собственности и организации, предусмотренной законодательством РФ, и имеющее лицензию на проведение ОМС, выдаваемую департаментом страхового надзора.

СМО не имеют права использовать средства, которые предоставляются им для реализации ОМС, в коммерческих целях.

Свою страховую деятельность СМО осуществляют на договорной основе, заключая четыре группы договоров:

1) договоры страхования с предприятиями, организациями, местной администрацией, то есть со всеми страхователями, которые обязаны уплачивать страховые взносы в фонды ОМС. По таким договорам определяется контингент застрахованных в данной СМО;

2) договоры с ТФОМС на финансирование ОМС населения согласно численности и категориям застрахованных. Финансирование происходит по дифференцированному среднедушевому нормативу, который отражает стоимость территориальной программы ОМС на одного жителя и половозрастную структуру застрахованного контингента;

3) договоры с медицинскими учреждениями на оплату предоставляемых гражданам в данной СМО услуг;

4) индивидуальные договоры ОМС с гражданами – полисы ОМС, в соответствии с которыми предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС [33, с. 199].

Все взаимоотношения внутри системы ОМС регулируются согласно территориальным правилам ОМС, которые должны соответствовать типовым правилам ОМС.

Деятельность СМО является заключительным этапом в реализации положений ОМС. Её главной задачей выступает оплата страховых случаев.

Основными функциями СМО являются:

- 1) участие в выборе и аккредитации медицинских учреждений;
- 2) оплата предоставляемых застрахованным медицинских услуг;
- 3) формирование страховых резервов [22, с. 255].

Документом, гарантирующим человеку предоставление медицинской помощи в рамках ОМС, является полис обязательного медицинского страхования [27, с. 321].

Основными вопросами организации системы ОМС, обеспечивающими выполнение Федерального закона №326-ФЗ, являются:

- организация взаимодействия между субъектами ОМС, в том числе организация взаимодействия со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, страхователями;
- разработка нормативно-правовой документации по вопросам организации ОМС, в том числе Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;
- осуществление контроля объёмов, качества, условий и сроков предоставления медицинской помощи в медицинских организациях путём проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;
- защита прав и законных интересов граждан в системе ОМС.

Медицинское обслуживание в сфере ОМС осуществляется в соответствии с базовыми и территориальными программами ОМС, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и на уровне субъектов Федерации [19, с. 261].

Базовая программа ОМС утверждается Правительством Российской Федерации. Она определяет перечень заболеваний, по которым в рамках ОМС гарантируется оказание медицинской помощи независимо от региона, определяются виды, объёмы и условия оказания застрахованным лицам медицинской и лекарственной помощи и объёмы её финансирования за счёт средств ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

На основе базовой программы ОМС органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы ОМС. Объём и условия оказания медицинской помощи, которые предусматриваются территориальными программами не могут быть ниже установленных федеральной базовой программой [28, с. 316].

1.2 Назначение фондов обязательного медицинского страхования в РФ

В организации обязательного медицинского страхования задействованы все уровни государственной власти (федеральные, региональные и муниципальные) с соответствующими полномочиями каждого из них. Непосредственную деятельность по организации ОМС осуществляют специально созданные оргструктуры. Они сформированы с учётом задач, которые необходимо решать, и особенностей государственного устройства Российской Федерации [28, с. 300]. Такими оргструктурами являются фонды обязательного медицинского страхования.

Фонды обязательного медицинского страхования представляют собой автономную от федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ форму образования и расходования денежных средств, предназначенных для финансового обеспечения гарантированной государством медицинской помощи населению в порядке обязательного медицинского страхования [21,

с. 373]. Назначение внебюджетных фондов определяет структуру их расходов, а именно, основные статьи расходов по фондам – это денежные средства, направляемые на социальные выплаты населению.

Формирование и использование фондов ОМС регулируется Налоговым кодексом РФ, Бюджетным кодексом РФ, нормативными правовыми актами, которые имеют отношение к здравоохранению и медицинскому страхованию, законами о бюджетах соответствующих фондов и об их исполнении.

Учитывая федеративный характер государственного устройства нашей страны, который предполагает определённое разделение полномочий между центром и регионами, в обязательном медицинском страховании созданы Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС в каждом регионе.

В финансовом отношении Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) обладает централизованной структурой. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС) работают независимо от ФФОМС в каждом регионе Российской Федерации только в оперативном отношении [28, с. 300].

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования является юридическим лицом. Он имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка Российской Федерации и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца. Он подотчётен Законодательному Собранию и Правительству РФ. Ежегодно бюджет ФФОМС и отчёт о его исполнении утверждается Государственной Думой [22, с. 253].

Основными задачами ФФОМС являются:

– финансовое обеспечение установленных законодательством РФ прав граждан на получение медицинской помощи за счёт средств ОМС в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС, а также создание условий для выравнивания объёма и качества медицинской помощи, которая предоставляется гражданам на всей территории РФ в рамках базовой программы ОМС;

- накопление финансовых средств ФФОМС с целью обеспечения финансовой стабильности системы ОМС [35].

Для решения своих главных задач ФФОМС выполняет следующие функции:

- аккумулярование финансовых средств ФФОМС;
- разработка и внесение предложений о размере взносов на ОМС;
- перечисление средств территориальным фондам ОМС для реализации территориальных программ ОМС;

- осуществление контроля за полным и своевременным перечислением страховых взносов в фонды ОМС совместно с территориальными фондами ОМС и органами Государственной налоговой службы РФ;

- осуществление контроля за рациональным использованием финансовых средств в системе ОМС путем проведения ревизий и целевых проверок совместно с территориальными фондами ОМС;

- внесение предложений по совершенствованию законодательных и иных нормативно-правовых актов в сфере ОМС;

- участие в разработке базовой программы ОМС граждан;
- сбор и анализ информации о финансовых средствах системы ОМС, а также представление соответствующих материалов в Правительство РФ;

- организация подготовки специалистов, участвующих в системе ОМС;

- осуществление выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС;

- изучение и обобщение практики применения нормативно- правовых актов в области ОМС;
- обеспечение организации научно-исследовательских работ в сфере ОМС;
- участие в международном сотрудничестве по вопросам ОМС;
- ежегодное предоставление в Правительство РФ проектов федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий год и плановый период и о его исполнении [35].

Исполняя установленные функции, ФФОМС аккумулирует финансовые средства для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС, обеспечивает выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы ОМС с помощью направления финансовых средств территориальным фондам ОМС для выполнения территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС, исполняет пилотный проект в субъектах РФ, направленный на повышение качества предоставляемых услуг в сфере здравоохранения.

Финансовые средства ФФОМС формируются за счёт:

- страховых взносов организаций, предприятий и иных хозяйствующих субъектов (5,1 % от фонда оплаты труда);
- взносов территориальных фондов ОМС на реализацию совместных программ;
- ассигнований из федерального бюджета на выполнение республиканских программ ОМС;
- доходов от использования временно свободных денежных средств ФФОМС путём размещения этих средств на банковских депозитах и вложение их в высоколиквидные государственные ценные бумаги [22, с. 253].

Средства ФФОМС расходуются исключительно на те цели, которые определены законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом, утвержденным федеральным законом. Расходы осуществляются в целях финансового обеспечения:

- предоставления субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ, которые возникают при осуществлении переданных полномочий;

- исполнения расходных обязательств РФ, которые возникают в результате принятия федеральных законов и нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан;

- выполнения функций органа управления ФФОМС.

В составе бюджета ФФОМС формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса ФФОМС устанавливаются федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и на плановый период.

Для решения главной задачи ОМС – обеспечения всем гражданам страны равных возможностей в получении медицинской и лекарственной помощи в объёме и на условиях, предусмотренных программами обязательного медицинского страхования, законами и другими нормативными актами Российской Федерации, помимо Федерального фонда ОМС функционируют и территориальные фонды ОМС [21, с. 374].

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования созданы субъектами РФ с целью реализации государственной политики в области ОМС на территориях субъектов РФ. Территориальные фонды ОМС являются юридическими лицами, которые созданы в соответствии с законодательством РФ, и в своей деятельности подотчётны высшему исполнительному органу государственной власти субъектов РФ и Федеральному фонду ОМС.

Задачами ТФОМС являются:

- обеспечение прав граждан в системе ОМС, предусмотренных законодательством РФ;

- обеспечение застрахованным лицам гарантий бесплатного оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках базовой и территориальных программ ОМС;

- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в процессе реализации программ ОМС;

- обеспечение госгарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика [25, с. 304].

ТФОМС выполняют следующие функции в организации ОМС:

- сбор страховых взносов на ОМС;

- прием граждан и рассмотрение их обращений в соответствии с законодательством РФ, информирование населения по вопросам, относящимся к компетенции ТФОМС;

- финансирование территориальных программ ОМС;

- заключение со страховыми медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, договора о финансовом обеспечении ОМС;

- получение от медицинских организаций сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объёмов, условий, качества и сроков предоставления медицинской помощи;

- контроль за деятельностью страховых медицинских организаций и выполнением договора о финансовом обеспечении ОМС;

- рассмотрение дел и наложение штрафов, составление актов о нарушении законодательства об ОМС в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- осуществление полномочий страховой медицинской организации при отсутствии страховых медицинских организаций на территории субъекта РФ;

- участие в установлении тарифов на оплату медицинской помощи;
- ведение учета и отчетности в соответствии с законодательством РФ;
- обеспечение выравнивания условий финансирования ОМС по территориям городов и районов;

- изучение и обобщение практики применения нормативно- правовых актов по ОМС.

Для исполнения своих функций территориальные фонды ОМС могут создавать в городах и районах филиалы. Филиалы выполняют задачи ТФОМС по сбору страховых взносов и финансированию страховых медицинских организаций (СМО).

Финансовые средства ТФОМС находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов других фондов и не подлежат изъятию. Они образуются за счёт:

- средств, поступающих из ФФОМС, на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС;

- страховых взносов за неработающее население, поступающих из бюджетов субъектов РФ;

- доходов, получаемых от использования временно свободных средств за счёт инвестирования их в банковские депозиты и государственные ценные бумаги и др. [22, с. 254].

Расходы ТФОМС связаны с финансированием территориальной программы ОМС, включая расходы на ведение дела страховых медицинских организаций, выполнение управленческих функций территориальными фондами ОМС или их филиалами, на формирование нормированного страхового запаса; а также на финансирование отдельных мероприятий в области здравоохранения.

Основным направлением расходов ТФОМС являются расходы на финансирование территориальной программы ОМС (до 92% общей суммы расходов). Территориальная программа ОМС разрабатывается в соответствии с базовой программой, утверждённой Правительством РФ в составе Программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Расходы ТФОМС включают в себя:

- расходы на медицинское обслуживание населения в лечебных и оздоровительных учреждениях;
- оказание медицинской помощи инвалидам, находящимся в домах инвалидов и домах престарелых;
- оказание помощи учреждениям, которые занимаются лечением наркозависимости, расходы на борьбу с ВИЧ-инфекцией по целевым программам, в том числе и детей;
- финансирование расходов по борьбе с туберкулезом;
- строительство и оснащение медицинских центров различного профиля;
- содержание фонда;
- расходы, связанные с международным сотрудничеством, научно-исследовательской работой.

Таким образом, для обеспечения исполнения конституционных прав граждан РФ на получение гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи была создана система ОМС. Она функционирует путём распределения финансовых средств между её участниками и субъектами, важнейшими из которых являются Федеральный и территориальные фонды ОМС. Именно они аккумулируют средства, которые в дальнейшем направляются на предоставление гражданам необходимой медицинской помощи.

ГЛАВА 2. ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РФ

2.1 Анализ доходов и расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования в РФ и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области

ФОМС осуществляют свою деятельность путём расходования средств, которые поступают в бюджеты ФОМС из различных источников.

Доходы и расходы ФОМС осуществляются в соответствии с федеральными законами, а также в порядке, предусмотренном Бюджетным законодательством.

Анализ доходов и расходов ФФОМС произведён за период с 2012 года по 2016 год. Все числовые данные, по которым проводится анализ, находят своё отражение в приложении А. По представленным данным можно проследить динамику доходов и расходов бюджета ФФОМС за указанный период, а также выявить характер бюджета (дефицит или профицит).

Согласно Федеральному закону от 16.10.2017 г. №290-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год» в 2016 году в бюджет ФФОМС поступило 1 657 619 561,2 тыс. руб. По сравнению с 2012 годом это на 691 077 373,9 тыс. руб. больше.

Основным источником формирования бюджета ФФОМС являются налоговые и неналоговые доходы. В них входят:

- страховые взносы и налоги, зачисляемые в ФФОМС;
- недоимки, пени и штрафы по страховым взносам;
- доходы от оказания платных услуг (работ), компенсации затрат государства, продажи материальных и нематериальных активов;

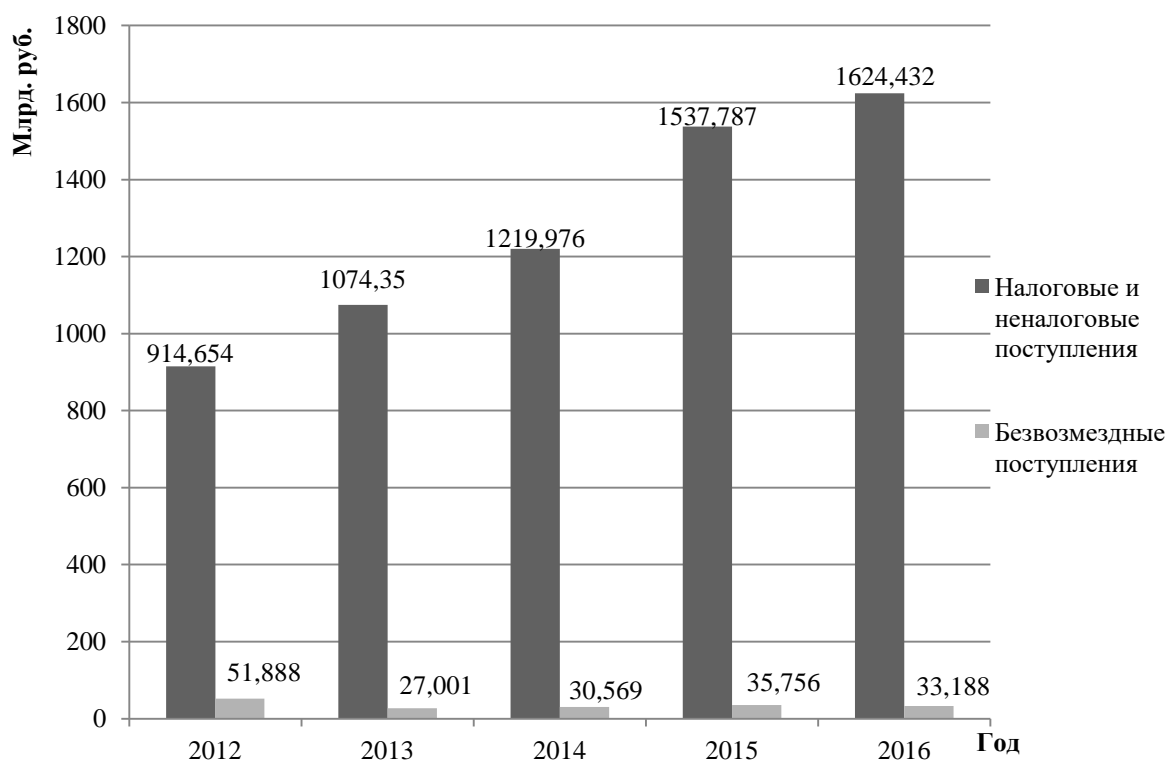
– штрафы, санкции, суммы, поступающие в результате возмещения ущерба.

Ещё одним важным источником формирования бюджета ФФОМС являются безвозмездные поступления. К ним относятся:

– межбюджетный трансферт, передаваемый из федерального бюджета бюджету ФФОМС на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС;

– доходы бюджета ФФОМС от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет.

На рисунке 2 представлена динамика основных источников формирования бюджета ФФОМС с 2012 года по 2016 год.



Источник: Федеральные законы от 30.09.2013 №256-ФЗ, от 14.10.2014 №379-ФЗ, от 05.10.2015 №379-ФЗ, от 31.10.2016 №379-ФЗ, от 16.10.2017 №290-ФЗ

Рис. 2. Динамика основных статей доходов бюджета ФФОМС за 2012-2016 гг.

Из рисунка 2 можно заметить, что динамика безвозмездных поступлений в бюджет ФФОМС за рассматриваемый период неоднозначна.

В 2013 году они снизились почти в 2 раза. С 2013 года по 2015 год наблюдается рост безвозмездных платежей на 32 %, что объясняется повышением в 2015 году доходов от возврата остатков прошлых лет. Затем в 2016 году наблюдается их снижение на 2,568 млрд. руб. по сравнению с 2015 годом.

С каждым годом заметно возрастал объём поступающих налоговых и неналоговых платежей. Их прирост за 5 лет составил 77,6 % или 709,778 млрд. руб. в денежном эквиваленте. Причиной этого является рост поступлений страховых взносов с 913 991 622,7 тыс. руб. до 1 624 176 673,9 тыс. руб.

Таким образом, согласно Федеральному закону от 14.12.2015 г. №365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год», в соответствии с которым осуществлялась деятельность ФФОМС в 2016 году, доходы бюджета ФФОМС в 2016 году были утверждены в размере 1 661 679 668,5 тыс. руб. [6].

Бюджет ФФОМС в 2016 году исполнен по доходам в сумме 1 657 619 561,2 тыс. руб. (99,8 % утверждённого объёма), которые сформированы за счёт страховых взносов на ОМС работающего населения (60,7 % в общем объёме доходов), страховых взносов на ОМС неработающего населения (37,3 % в общем объёме доходов), межбюджетных трансфертов из федерального бюджета (1,5 % в общем объёме доходов) и иных доходов (0,5 % в общем объёме доходов) [4].

Если же говорить о расходах, то средства, находящиеся в распоряжении ФФОМС, были использованы по следующим направлениям:

- общегосударственные вопросы;
- профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации;
- межбюджетные трансферты, связанные со здравоохранением;

- социальное обеспечение населения.

В таблице 1 представлена структура расходов бюджета ФФОМС за период с 2012 года по 2016 год.

Таблица 1

Структура расходов бюджета ФФОМС за 2012-2016 гг., млрд. руб.*

Показатели	2012	2013	2014	2015	2016
Расходы (всего), в том числе	932,158	1048,723	1268,658	1638,815	1590,150
общегосударственные вопросы	0,668	0,653	0,618	0,560	0,499
образование	0,009	0,010	0,009	0,010	0,010
здравоохранение	931,449	1048,020	1267,970	1638,186	1589,589
социальное обеспечение населения	0,032	0,040	0,060	0,059	0,052

*Федеральные законы от 30.09.2013 №256-ФЗ, от 14.10.2014 №379-ФЗ, от 05.10.2015 №379-ФЗ, от 31.10.2016 №379-ФЗ, от 16.10.2017 №290-ФЗ

В структуре исполненных бюджетных ассигнований в среднем 99,5 % приходится на расходы по разделу «здравоохранение». В эту категорию входят расходы, направленные на:

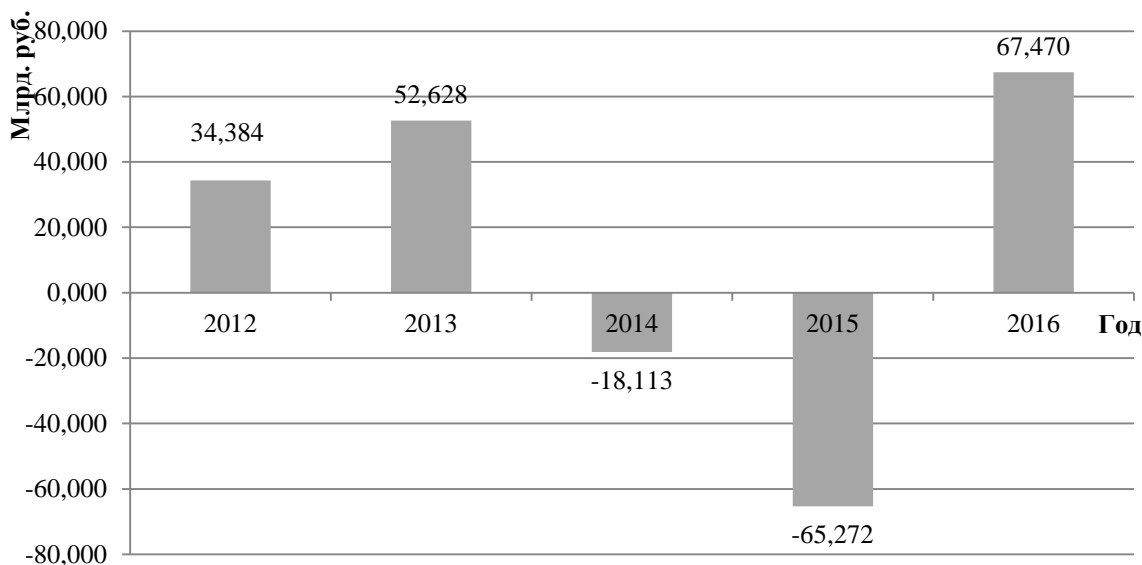
- оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребёнка в течение первого года жизни;
- субвенции бюджетам ТФОМС;
- финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной (ВМП) медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС;
- осуществление единовременных выплат медицинским работникам;
- модернизацию здравоохранения субъектов РФ по укреплению материально-технической базы медицинских учреждений;
- дотации на сбалансированность, передаваемые федеральному бюджету из бюджета ФФОМС.

В расходной части с 2012 года до 2016 года возросло количество средств, направленных на здравоохранение, в 1,7 раз. Наблюдается снижение общегосударственных расходов на 169 млрд. руб. Расходы на социальное обеспечение населения увеличились незначительно (с 0,032 млрд. руб. в 2012

году до 0,052 млрд. руб. в 2016 году), а расходы на образование остались на прежнем уровне (в среднем они равны 0,010 млрд. руб.).

Расходы бюджета ФФОМС в 2016 году были утверждены в размере 1 594 890 584,1 тыс. руб. Исполнение составило 1 590 150 880,5 тыс. руб. (99,7 % от утверждённого объёма).

По результатам исполнения бюджета ФФОМС в 2016 году доходы превысили расходы на 67,47 млрд. руб. В результате образовался профицит бюджета. Фактический показатель дефицита бюджета ФФОМС на 679,63 млн. руб. превысил плановый показатель, установленный Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год», равный 66,789 млрд. руб.



Источник: Федеральные законы от 30.09.2013 №256-ФЗ, от 14.10.2014 №379-ФЗ, от 05.10.2015 №379-ФЗ, от 31.10.2016 №379-ФЗ, от 16.10.2017 №290-ФЗ

Рис. 3. Динамика дефицита «-» (профицита «+») бюджета ФФОМС за период 2012-2016 гг.

Из рисунка 3 можно заметить, что за рассматриваемый период разница между величиной доходов и расходов ФФОМС не имеет определённой тенденции. Присутствует как дефицит бюджета ФФОМС, так и профицит. В 2014 и 2015 годах доходов ФФОМС не хватало для покрытия расходов, но

дефицит бюджета был покрыт за счёт остатков средств на начало года. За последние 5 лет максимальный размер дефицита был зафиксирован в 2015 году, а максимальный размер профицита – в 2016 году.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области является некоммерческой организацией. Он создан Смоленской областью в целях реализации государственной политики в сфере ОМС на территории Смоленской области.

ТФОМС Смоленской области осуществляет управление средствами ОМС на территории Смоленской области, которые предназначены для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи и в целях обеспечения финансовой устойчивости ОМС на территории Смоленской области. Он ведёт свою деятельность в рамках Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Типового положения о ТФОМС, Положения о ТФОМС Смоленской области, утверждённого постановления Администрации Смоленской области от 13.04.2011 г. № 207, областного закона о бюджете территориального фонда [36].

Анализ доходов и расходов ТФОМС Смоленской области произведён за период с 2013 года по 2016 год включительно. Числовые данные, по которым осуществлён анализ, находят своё отражение в приложении Б. По представленным данным можно проследить динамику доходов и расходов бюджета ТФОМС Смоленской области за указанный период, а также выявить характер бюджета (дефицит или профицит).

В соответствии с Постановлением от 13.04.2011 г. № 207 «О Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Смоленской области» к основным источникам формирования бюджета ТФОМС относятся:

– межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда;

- платежи Смоленской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС;

- платежи Смоленской области на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

- доходы от размещения временно свободных средств;

- межбюджетные трансферты, передаваемые из областного бюджета;

- начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет ТФОМС;

- иные источники, предусмотренные законодательством РФ [15].

Расходы бюджета ТФОМС осуществляются в целях финансового обеспечения:

- выполнения территориальной программы ОМС;

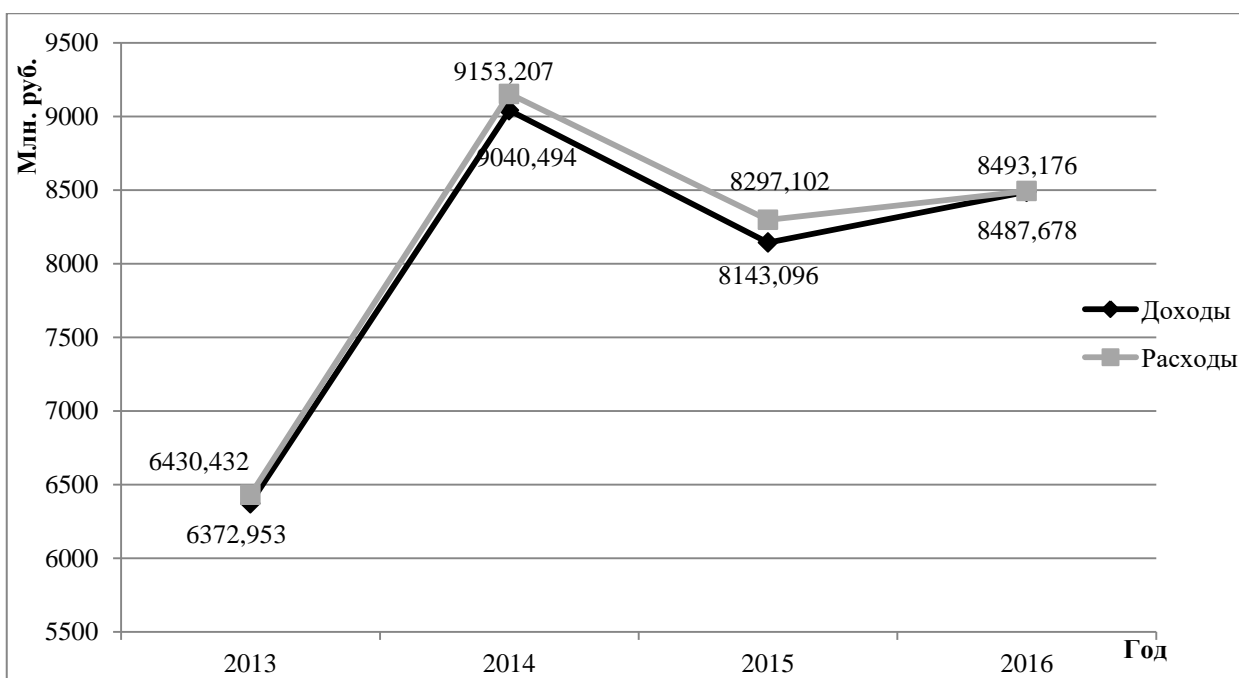
- исполнения расходных обязательств Смоленской области, возникающих при осуществлении полномочий в результате принятия федеральных законов и нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан;

- исполнения расходных обязательств Смоленской области, возникающих в результате принятия областных законов и иных областных нормативных правовых актов;

- ведения дела по ОМС страховыми медицинскими организациями;

- выполнения функций органа управления ТФОМС [15].

Динамика доходов и расходов ТФОМС Смоленской области за период с 2013 года по 2016 год представлена на рисунке 4.



Источник: Законы Смоленской области от 10.07.2014 №77-з, от 08.07.2015 №86-з, от 30.06.2016 №72-з, от 28.06.2017 №67-з

Рис. 4. Динамика доходов и расходов ТФОМС Смоленской области за период 2013-2016 гг.

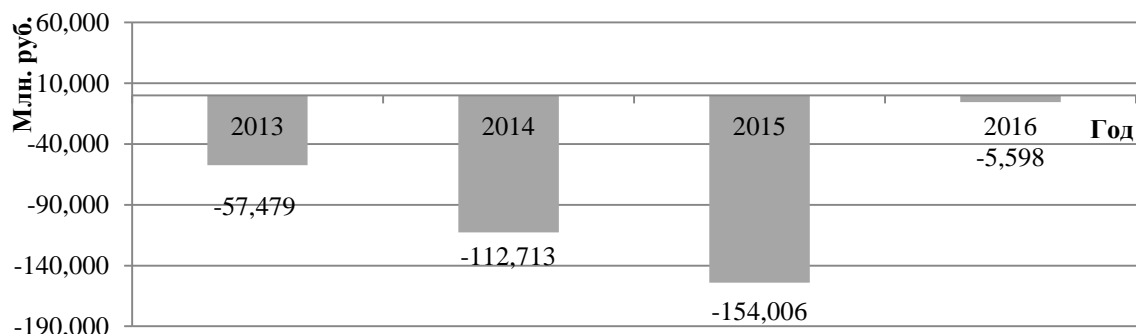
Из рисунка 4 видно, что величина доходов и расходов за рассматриваемый период не имеет определённой динамики. В 2014 году наблюдается существенный рост доходов ТФОМС на 41,86 % и расходов на 42,34 %. В 2015 году произошло снижение доходов и расходов в среднем на 10,17 %, а в 2016 году – небольшой рост в среднем на 3,3 %.

Среди основных источников формирования бюджета ТФОМС можно выделить межбюджетные трансферты из областного бюджета Смоленской области и из бюджета ФФОМС, поскольку они занимают наибольший удельный вес в составе доходов. В 2013 году их доли были соответственно равны 7,22 % и 91,83 %, в 2014 году – 3,17 и 96,81, в 2015 году – 1,29 и 100,88, в 2016 году – 1,53 % и 98,74 %.

Если же говорить о расходах ТФОМС Смоленской области, то основным направлением расходования средств является здравоохранение. На осуществление ОМС на территории Смоленской области в 2016 году было

направлено 8 442 143,1 тыс. руб., что на 2 068 321,9 тыс. руб. больше, чем в 2013 году.

На рисунке 5 представлена динамика объёма дефицита бюджета ТФОМС Смоленской области за период с 2013 года по 2016 год.



Источник: Законы Смоленской области от 10.07.2014 №77-з, от 08.07.2015 №86-з, от 30.06.2016 №72-з, от 28.06.2017 №67-з

Рис. 5. Динамика дефицита бюджета ТФОМС Смоленской области за 2013-2016 гг.

Согласно закону Смоленской области от 10.07.2014 г. № 77-з «Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области за 2013 год» бюджет был исполнен с превышением расходов над доходами (то есть дефицит бюджета) в сумме 57 479,4 тыс. руб. Далее за рассматриваемый период характер бюджета ТФОМС Смоленской области не изменялся, менялась лишь величина дефицита. Так в 2015 году наблюдался наибольший объём дефицита бюджета в размере 154,006 млн. руб., а наименьший – в 2016 году (5,598 млн. руб.).

2.2 Совершенствование системы обязательного медицинского страхования в РФ

В непростые для экономики России 90-е годы прошлого столетия были созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС. Они были призваны

собирать финансовые средства на ОМС и обеспечивать финансовую стабильность государственной системы ОМС. Система ОМС позволила здравоохранению не только выжить в сложной экономической обстановке, сохранив при этом бесплатность медицинской помощи для россиян, но и набрать темпы для дальнейшего развития, укрепить финансовую базу медицинских учреждений.

Нынешние процессы в российском здравоохранении ставят под вопрос состоятельность и жизнеспособность самой системы ОМС как важнейшей социальной гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи населению России.

Практически все средства ОМС аккумулируются в ФФОМС. В свою очередь, бюджет ФФОМС состоит из страховых взносов за работающее население, которые выплачиваются работодателями и на сегодняшний день составляют 5,1 % от фонда оплаты труда и из страховых взносов за неработающее население, которые поступают из бюджетов регионов. Затем средства из ФФОМС распределяются в территориальные фонды ОМС. В эти же ТФОМС поступают средства из региональных бюджетов в виде дотаций.

До 1 января 2015 года система ОМС обеспечивала финансирование большинства видов медицинской помощи по программе государственных гарантий (поликлиническая помощь, стационарная диспансеризация, помощь и прочее).

Ранее из региональных бюджетов финансировалась скорая медицинская помощь и содержание медицинских учреждений (ремонт, приобретение дорогостоящего оборудования и прочее). Из этих же источников оплачивалась специализированная скорая медицинская помощь, лечение социально значимых болезней (психические заболевания, туберкулез, гепатиты, ВИЧ/СПИД и другие инфекционные заболевания), а также деятельность ряда медицинских учреждений (например, бюро судебно-медицинской экспертизы).

Федеральный бюджет финансировал высокотехнологическую медицинскую помощь (ВМП) и онкологию, а также лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях по программе государственных гарантий. Кроме того, из федерального бюджета осуществлялось финансирование целевых программ, международной деятельности, медицинского образования и ряда других статей расходов.

В последнее время значительно обновлена законодательная база в сфере здравоохранения, ОМС, обращения лекарственных средств, борьбы с курением. Реализованы программы модернизации здравоохранения в субъектах РФ. Однако в усовершенствованной системе ОМС имеется ряд насущных проблем, которые требуют особого внимания и их незамедлительного решения.

Система ОМС с самого начала своего существования в России находится в состоянии постоянного недофинансирования. По мнению Счётной палаты РФ, большая часть региональных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи испытывает дефицит. В результате этого в большинстве регионов планирование объёмов медицинской помощи осуществляется, исходя из финансовой возможности региона и сложившейся сети учреждений здравоохранения, а не из фактической потребности в ней населения.

Это связано с множеством причин. Среди них можно выделить: высокий уровень коррупции в здравоохранении, нецелевое использование средств, бурное развитие дорогостоящих медицинских технологий, недостаток поступающих средств в ФФОМС из-за сокращения налогооблагаемой базы за счёт снижения занятости и доходов в официальном секторе экономики и увеличения доли нетрудоспособного населения и др. Однако до недавнего времени такая схема позволяла системе ОМС худо-бедно поддерживать государственные гарантии обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

В начале 2014 года Министерство здравоохранения РФ запустило «оптимизацию» здравоохранения. В качестве одной из важнейших задач было определено развитие системы ОМС. Предполагалась ещё большая консолидация средств в ФФОМС, более жесткое адресное распределение средств на лечение пациентов. Одновременно ставилась задача развивать медицинские учреждения, которые работают в системе ОМС (поликлиники, районные больницы, фельдшерско-акушерские пункты и т. п.), что в итоге должно было улучшить доступность и качество бесплатной медицинской помощи.

В первый год «оптимизации» существенно вырос и до сих пор продолжает расти дефицит средств в системе ОМС. Как следствие этого обострились и прочие немаловажные проблемы.

Основным негативным моментом является снижение качества, доступности и эффективности гарантированной медицинской помощи гражданам. В наибольшей степени от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи. По основным показателям в России они втрое ниже, чем в большинстве стран ЕС.

Причинами данной проблемы являются низкий профессиональный уровень врачей, значительная степень изношенности медицинского оборудования, недостаток нужного оборудования и лекарств, отсутствие мотивации медицинских работников.

Отсюда вытекают такие проблемы как рост дефицита врачей первичного звена (в поликлиниках и т. д.) и недостаток квалифицированных молодых специалистов в районах (во многих районных больницах, средний возраст работающих медиков составляет 47-48 лет). Штат заполнен только наполовину. На сегодняшний день дефицит кадров в медицине в среднем по стране составляет 40%. При таком дефиците невозможно провести ни качественный профилактический осмотр или диспансеризацию, ни качественное лечение.

Ещё одной немаловажной проблемой является ухудшение лекарственного обеспечения населения по Программам государственных гарантий. В России оно в несколько раз ниже, чем в странах Евросоюза. Наша страна по-прежнему сильно зависима от импортных лекарств. Из перечня жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) 2014 года, в который включено 597 наименований, 37 % в нашей стране не производится вовсе. А одновременно с этим сокращается производство отечественных медикаментов.

С 1 января 2015 года в систему ОМС переведено всё российское здравоохранение. Это значит, что теперь те статьи расходов, которые ранее осуществляли федеральные и региональные бюджеты, теперь осуществляет ФФОМС. Например, в систему ОМС переведена высокотехнологическая медицинская помощь (ВМП), которая требует больших затрат. Причем, ФФОМС должен взять на себя ответственность за лечение пациентов, а также участвовать в строительстве дорогостоящих высокотехнологичных медицинских центров.

Развитие ВМП очень важно для любой страны, так как оно является показателем развития здравоохранения и медицины. В России объёмы ВМП никогда не были достаточны для обеспечения потребностей населения (в среднем они также в 3 раза ниже, чем в странах ЕС).

Перевод ВМП в систему ОМС, в условиях острого финансового дефицита ФФОМС, делает этот вид медицинской помощи недоступным для многих пациентов. Председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования Г. Улумбекова прокомментировала данную ситуацию следующим образом: «Госгарантии на ВМП сократятся, расходы на софинансирование ВМП из федерального бюджета для региональных учреждений упадут почти в четыре раза. Соответственно, гарантии по оказанию этой помощи для 165,4 тысяч пациентов в региональных учреждениях сомнительны».

Также наблюдается несовершенство нормативно-правовой базы и отсутствие должного контроля со стороны Минздрава РФ и ФФОМС за реализацией программ.

Помимо этого, существуют негативные моменты, связанные со страховыми медицинскими организациями, которые являются частными структурами, непосредственно осуществляющими страхование. Более 74 % медицинских работников страны среди ключевых причин неэффективности системы ОМС в России называют «почти неограниченные права медицинских страховых компаний». Это показал опрос, проведенный фондом независимого мониторинга «Здоровье».

Член экспертной Комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ, профессор Ю. Комаров, отметил: «Система ОМС в том виде, в котором она существует в России, никакого реального страхования не предоставляет. Функция страховых компаний сводится к роли частного посредника при перечислении государственных средств медицинским учреждениям». При этом Ю. Комаров считает, что коммерческие страховые медицинские организации напрямую экономически заинтересованы в неэффективной работе медицинских учреждений, так как от этого зависит их доход, полученный в виде штрафов.

По мнению экспертов, в системе ОМС сложилась ситуация, которая навязывается медицинским учреждениям, когда все участники экономической цепочки (Фонд ОМС — страховые компании — медицинские учреждения) заинтересованы в увеличении объема и длительности оказания платных медицинских услуг, а не в результатах. То есть чем больше больных, тем выгоднее системе ОМС.

Очевидно, что при таком подходе ни о каком долгосрочном планировании, охране здоровья, раннем выявлении заболеваний, увеличении продолжительности жизни (а об этом как о достижениях постоянно заявляет Минздрав) — не может быть и речи.

Целью совершенствования системы ОМС в России, наряду с совершенствованием качества и доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения, является снижение заболеваемости, сокращение смертности, повышение рождаемости.

В последнее время важное значение приобрели вопросы совершенствования и доступности медицинской помощи населению. Появилась необходимость модернизации ОМС, требуется принятие неотложных мер по обеспечению россиян равнодоступной и качественной медицинской помощью, а также по профилактике заболеваний.

Гарантированные объёмы бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестными и понятными для населения. Президент РФ В.В. Путин отмечал, что по каждому заболеванию должны быть выработаны и утверждены определённые стандарты оказания медицинской помощи с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарственных средств.

Дальнейшему реформированию системы ОМС может способствовать создание единой системы персонифицированного учёта оказанной медицинской помощи. На данный момент пока ещё не сформирован единый методологический подход к ведению персонифицированного учёта. К тому же, отсутствие единой системы идентификации граждан ещё в большей степени затрудняет внедрение персонифицированного учёта.

Осуществление персонифицированного учёта оказанной медицинской помощи в системе ОМС является основополагающим. Только на уровне индивида возможно собрать в единое целое все существующие информационные потоки, отражающие различные аспекты деятельности системы ОМС, а также возможно предусмотреть объединение новых информационных потоков. На современном этапе существует необходимость в сборе и обработке больших объёмов медико-экономической информации, которая используется при анализе, прогнозировании и оптимизации

расходов, направленных на оказание медицинской помощи. Очевидно, что без организации единого информационного пространства и создания единой информационной системы сферы здравоохранения решить данные задачи очень трудно.

Сегодня, на фоне трудностей финансирования здравоохранения в период кризиса, обострилось обсуждение проблем ОМС в связи с подготовкой в Совете Федерации предложений о ликвидации фондов ОМС и возврате к прямому бюджетному финансированию медицинской помощи. Одновременно с этим призывают развивать обязательное и дополнительное к нему добровольное страхование на основе принципов солидарности и социального равенства, расширения страховых принципов [34, с. 54].

Эксперты Научно-исследовательского финансового института (НИФИ) предложили сократить размеры бесплатной медицинской помощи для работающих граждан, а все обращения сверх установленных норм сделать платными и отказаться от практики вызова врача на дом. Эти меры позволили бы, по подсчётам НИФИ, сэкономить от 2 до 7,9 млрд. руб. в год.

Также обсуждаются предложения о предоставлении медицинской помощи по программам ОМС только тем лицам, за которых страховые взносы уплачиваются работодателями или самостоятельно, а остальным оказывать только неотложную медицинскую помощь. Это позволит сократить расходы ОМС на 8-10 % и таким образом решить проблему дефицита. Для этого необходимо временно приостанавливать действие полисов ОМС для тех граждан, за которых страховые взносы на ОМС не уплачиваются, на основе персонального учёта плательщиков страховых взносов на ОМС и актуализации базы застрахованных лиц. Эта деятельность может быть возложена на СМО [34, с. 56].

Для решения основных проблем современной системы ОМС могут быть предложены следующие направления совершенствования данной системы:

- увеличение государственного финансирования здравоохранения через систему ОМС;
- утверждение бездефицитных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;
- переобучение и повышение квалификации медицинских работников;
- обеспечение роста заработной платы медицинских работников;
- обязанность работодателей и местных органов власти уплачивать страховые взносы за граждан в полном объеме в указанные сроки;
- проведение оценки деятельности СМО и обоснованности штрафных санкций.

Таким образом, основными целями любого государства в области здравоохранения является повышение качества и доступности предоставляемой медицинской помощи, улучшение показателей здоровья населения, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни. Достижение этих целей предполагает сохранение стратегии приоритетного развития здравоохранения. Это значит, что необходимо провести институциональные преобразования в системе управления и финансирования здравоохранения. В сочетании с дополнительными вложениями это позволит решить наиболее острые проблемы. Важно сделать развитие здравоохранения элементом политики борьбы с неравенством. Это обеспечит надёжную защиту граждан от больших расходов в случае серьёзных заболеваний. Уровень этой защиты должен стать главным показателем результативности функционирования сферы здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровье населения является важнейшим элементом культурного, социального и экономического развития любой страны. Поэтому главной задачей государства является предоставление своим гражданам гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи, которая финансируется из бюджетов всех уровней и за счёт средств ОМС.

Медицинское страхование в РФ представляет собой форму социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья. На сегодняшний день одной из основных отраслей, исходя из состояния которой можно оценить благополучие страны, является здравоохранение.

Финансовые средства, необходимые для ОМС, содержатся во внебюджетных фондах ОМС. В частности к ним относятся Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, создаваемые в субъектах РФ. Средства, находящиеся в данных фондах, являются собственностью государства. Именно они являются основным источником финансирования здравоохранения.

Бюджеты фондов ОМС формируются из налоговых и неналоговых доходов, а также безвозмездных поступлений. Расходятся средства на обеспечение программ ОМС.

Несмотря на то, что ОМС, как и многие другие виды страхования в России, за последние 5 лет сделало огромный шаг вперед, наше государство всё ещё отстаёт от развитых стран в данной отрасли.

На сегодняшний день существует множество проблем в системе ОМС. Причем, многие из них, требуют немедленного реагирования со стороны государства, вплоть до реформирования системы здравоохранения в целом.

Система ОМС с самого начала своего существования в России находится в состоянии хронического недофинансирования. В 2015 году

фактический объём дефицита бюджета ФФОМС составил 65,3 млрд. руб., что на 22,3 млрд. руб. больше планируемого объёма, установленного Федеральным законом. В результате этого в большинстве регионов объём медицинской помощи планируется исходя из финансовых возможностей регионов, а не из фактической потребности населения в нём. Следствием этого является снижение доступности, качества и эффективности гарантированной медицинской помощи гражданам. А бюджет ТФОМС Смоленской области за последние 4 года испытывает лишь дефицит средств, поскольку расходы выше доходов.

Среди основных причин такого состояния современной системы ОМС можно выделить:

- сокращение налогооблагаемой базы за счёт снижения занятости и доходов в официальном секторе экономики и увеличения доли нетрудоспособного населения;
- нецелевое использование средств;
- отсутствие должного контроля за формированием и расходованием средств, находящихся в ведении ФФОМС;
- перевод всего российского здравоохранения в систему ОМС;
- бурное развитие дорогостоящих медицинских технологий;
- высокий уровень коррупции в здравоохранении.

Для того чтобы обеспечить решение назревших проблем в системе ОМС, необходимо её модернизировать, а также принять неотложные меры по обеспечению населения равнодоступной и качественной медицинской помощью и по профилактике заболеваний.

Все проводимые мероприятия должны быть направлены на то, чтобы увеличить эффективность функционирования системы здравоохранения, обеспечить каждого человека необходимой медицинской помощью, создать возможность предупреждения болезни на раннем этапе благодаря диагностике, а также улучшить состояние здоровья населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации: [принята всенародным референдумом 12 дек. 1993 г.: по состоянию на 21 июля 2014 г.].
2. Федеральный закон №326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: [принят Гос. Думой 19 ноя. 2010 г.: по состоянию на 28 дек. 2016 г.].
3. Федеральный закон №256-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2012 год»: [принят Гос. Думой 30 сен. 2013 г.: по состоянию на 30 сен. 2013 г.].
4. Федеральный закон №290-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год»: [принят Гос. Думой 16 окт. 2017 г.: по состоянию на 16 окт. 2017 г.].
5. Федеральный закон №296-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2013 год»: [принят Гос. Думой 14 окт. 2014 г.: по состоянию на 14 окт. 2014 г.].
6. Федеральный закон №365-ФЗ (ред. от 19.12.2016) «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год»: [принят Гос. Думой 14 дек. 2015 г.: по состоянию на 19 дек. 2016 г.].
7. Федеральный закон №379-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год»: [принят Гос. Думой 5 окт. 2015 г.: по состоянию на 5 окт. 2015 г.].
8. Федеральный закон №379-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год»: [принят Гос. Думой 31 окт. 2016 г.: по состоянию на 31 окт. 2016 г.].
9. Закон Смоленской области №67-з «Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области за 2016 год»: [принят Смоленской областной Думой 28 июн. 2017 г.: по состоянию на 28 июн. 2017 г.].

10. Закон Смоленской области №72-з «Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области за 2015 год»: [принят Смоленской областной Думой 30 июня. 2016 г.: по состоянию на 30 июня. 2016 г.].
11. Закон Смоленской области №77-з «Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области за 2013 год»: [принят Смоленской областной Думой 10 июля. 2014 г.: по состоянию на 10 июля. 2014 г.].
12. Закон Смоленской области №86-з «Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области за 2014 год»: [принят Смоленской областной Думой 8 июля. 2015 г.: по состоянию на 8 июля. 2015 г.].
13. Постановление Правительства РФ №857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования»: [принято 29 июля. 1998 г.: по состоянию на 31 окт. 2015 г.].
14. Постановление Правительства РФ №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»: [принято 28 ноя. 2014 г.: по состоянию на 17 ноя. 2015 г.].
15. Постановление Администрации Смоленской области №207 «О Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Смоленской области»: [принято 13 апр. 2011 г.: по состоянию на 25 дек. 2013 г.].
16. Приказ ФФОМС №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»: [принят 1 дек. 2010 г.: по состоянию на 29 дек. 2015 г.].
17. Приказ Минздравсоцразвития России №15н «Об утверждении типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования»: [принят 21 янв. 2011 г.: по состоянию на 7 окт. 2013 г.].

18. Приказ Минздравсоцразвития России №158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»: [принят 28 фев. 2011 г.: по состоянию на 28 сен. 2016 г.].
19. Архипов А.А. Основы страхового дела: учеб. пособие. – М.: Магистр, 2016. – 544 с.
20. Ахвледиани Ю.Т. Страхование: учебник. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2013. – 543 с.
21. Барулин С.В. Финансы: учебник. – 2-е изд., стер. – М.: КНОРУС, 2013. – 640 с.
22. Годин А.М. Страхование: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2013. – 504 с.
23. Климович В.П. Финансы, денежное обращение и кредит: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ИД «ФОРУМ»: ИНФРА-М, 2013. – 352 с.
24. Лупей Н.А. Финансы: учеб. пособие. – 3-е изд., исправл. и доп. – М.: Магистр: ИНФРА-М, 2016. – 448 с.
25. Мохов А.А. Медицинское право России: учебник. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2015. – 336 с.
26. Мохов А.А. Основы медицинского права Российской Федерации: учеб. пособие. – М.: Проспект, 2013. – 374 с.
27. Мысляева И.Н. Государственные и муниципальные финансы: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 393 с.
28. Павлюченко В.Г. Социальное страхование: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2015. – 480 с.
29. Роик В.Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика. – М.: Дело и сервис, 2013. – 208 с.
30. Скамай Л.Г. Страхование дело: учеб. пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 300 с.
31. Сплетугов Ю.А. Страхование: учеб. пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 357 с.

32. Цыганова О.А. Медицинское страхование: учеб. пособие. – М.: ИНФРА-М, 2015. – 176 с.
33. Шуляк П.Н. Финансы: учебник. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2013. – 384 с.
34. Архипов А.П. Будущее медицинского страхования в России: больше ясности не становится // Финансы. – 2016. – №11. – С. 54-59.
35. Задачи, функции и стратегическое направление деятельности ФФОМС. Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ. Режим доступа: [http:// www.ffoms.ru/system-oms/about-fund/](http://www.ffoms.ru/system-oms/about-fund/) (дата обращения 23.03.2018).
36. Основные функции Территориального фонда ОМС Смоленской области. Режим доступа: <http://www.smolfoms.ru/about/> (дата обращения 23.03.2018).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Структура доходов и расходов бюджета ФФОМС

за 2012-2016 гг., млрд. руб.*

Показатели	2012	2013	2014	2015	2016
Доходы (всего), в том числе	966,542	1101,351	1250,545	1573,543	1657,620
страховые взносы и налоги	913,993	1073,295	1218,559	1537,723	1624,177
недоимки, пени и штрафы	0,006	0,007	0,069	0,053	0,185
доходы от оказания платных услуг (работ), компенсации затрат государства, использования государственных и муниципальных активов	0,650	1,044	1,340	0,006	0,065
штрафы, санкции, возмещение ущерба	0,005	0,004	0,008	0,005	0,005
межбюджетный трансферт из федерального бюджета	51,810	25,780	28,550	23,860	25,441
доходы от возврата остатков прошлых лет	0,078	1,221	2,019	11,896	7,747
Расходы (всего), в том числе	932,158	1048,723	1268,658	1638,815	1590,150
общегосударственные вопросы	0,668	0,653	0,618	0,560	0,499
образование	0,009	0,010	0,009	0,010	0,010
здравоохранение	931,449	1048,020	1267,970	1638,186	1589,589
социальное обеспечение населения	0,032	0,040	0,060	0,059	0,052
Дефицит «-» (профицит «+»)	34,384	52,628	-18,113	-65,272	67,470

* Федеральные законы от 30.09.2013 №256-ФЗ, от 14.10.2014 №379-ФЗ, от 05.10.2015 №379-ФЗ, от 31.10.2016 №379-ФЗ, от 16.10.2017 №290-ФЗ

Приложение Б

**Структура доходов и расходов бюджета ТФОМС Смоленской области
за 2013-2016 гг., млн. руб.***

Показатели	2013	2014	2015	2016
Доходы (всего), в том числе	6372,953	9040,494	8143,096	8487,678
доходы от оказания платных услуг (работ) и компенсации затрат государства	0,001	0,000	0,179	0,115
штрафы, санкции, возмещение ущерба	2,784	1,463	1,610	4,738
прочие неналоговые доходы	84,607	0,053	0,000	0,000
межбюджетные трансферты из бюджета субъекта РФ	460,000	287,013	105,221	129,438
межбюджетные трансферты из ФФОМС	5852,323	8751,965	8214,355	8380,622
доходы от возврата остатков прошлых лет	-26,762	0,000	-178,269	-27,233
Расходы (всего), в том числе	6430,432	9153,207	8297,102	8493,276
общегосударственные вопросы	51,111	51,284	49,908	21,133
здравоохранение	6373,821	7086,378	8237,693	8442,143
межбюджетные трансферты бюджетам субъектам РФ и муниципальных образований	5,500	2015,545	9,501	30,000
Дефицит «-» (профицит «+»)	-57,479	-112,713	-154,006	-5,598

* Законы Смоленской области от 10.07.2014 №77-з, от 08.07.2015 №86-з, от 30.06.2016 №72-з, от

28.06.2017 №67-з