

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ
Кафедра финансов, инвестиций и инноваций

**ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ
БЮДЖЕТА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Выпускная квалификационная работа студентки

дневной формы обучения
направления подготовки 38.03.01 Экономика профиль «Финансы и кредит»
4 курса группы 06001302
Клименко Ирины Николаевны

Научный руководитель
к.э.н., доцент
Индутенко А.Н.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ	
1.1. Обязательное медицинское страхование как экономическая категория в России.....	6
1.2. Развитие системы финансирования в здравоохранении Российской Федерации.....	13
1.3. Проблемы эффективности российской системы финансирования здравоохранения и международные тенденции.....	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ФОРМИРОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ	
2.1. Организационно-экономическая характеристика территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.....	26
2.2. Анализ формирования доходов территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.....	38
2.3. Оценка направлений использования бюджетных средств территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.....	44
2.4. Мероприятия по увеличению доходов и повышению эффективности использования средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.....	51
2.5. Совершенствование системы управления финансами государственных учреждений здравоохранения.....	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	64
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	66
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	71

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В условиях кризиса в нашей стране обостряются социально-экономические проблемы. В государственной политике, которую проводит государство, возникает необходимость четкого определения пределов предоставления социальных гарантий за счет бюджетных ресурсов и создания абсолютно новых механизмов обеспечения социальной защиты граждан российского государства.

Для эффективной реализации обозначенной задачи возникает необходимость исследовать состояние и устойчивость финансов, принадлежащих государственным и муниципальным органам, так как они являются основным регулятором финансирования социальной сферы.

Бюджеты всех уровней бюджетной системы РФ предусматривают значительные объемы государственного централизованного финансирования здравоохранения в целях обеспечения реализации конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь. Выделяемых средств учреждениям здравоохранения хватает преимущественно только на финансирование текущей деятельности, то есть предоставление медицинских услуг и на обновление отдельных видов медицинского оборудования. Но этих средств недостаточно для стимулирования персонала, проведения ремонта и прочее. Таким образом, обозначенные проблемы имеют значительную актуальность и необходимость исследования.

Степень научной разработанности. Исследованием вопросов сущности денежных потоков и методов управления ими, а также отдельных аспектов экономико-математического моделирования занимались многие ученые-экономисты, в частности И.А. Бланк, О.В. Жалко, Т.А. Талах, И.Б. Хома, О.И. Крип, И.Ш. Тимбекова и другие. Научные исследования в области денежного оборота нашли широкое отражение в трудах таких экономистов, как И.Т. Балабанов, А.И. Балабанов, И.А. Бланк, С.В. Большаков, В.В. Бочаров, В.В. Ковалев, А.М. Косой, М.Н. Крейнина, Н.А.

Никифоров, В.П. Привалов, Р.С. Сайфулин, Е.Н. Стоянова, Т.В. Теплова, А.Д. Шеремет, Е.И. Шохин и другие.

Также проблемы определения, оценки и анализа денежных потоков рассматриваются в работах таких зарубежных авторов, как Л.А. Бернстайн, Ю. Бригхэм, Л. Гапенски, Дж. К. Ван Хорн, Б. Коласс, Б. Райан, Ж. Ришар, Д. Стоун, Д.Г. Сигл, Д. Хан, К. Хитчинг, Э. Хелферт и др. Но остается еще ряд нерешенных вопросов в области управления денежными потоками, особенно принадлежащих государственным органам управления.

Цель выпускной квалификационной работы состоит в исследовании проблем формирования и использования средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В связи с актуальностью цели, поставленной в выпускной квалификационной работе, необходимо **решить следующие задачи:**

1. Изучить обязательное медицинское страхование как экономическую категорию в России.
2. Определить этапы развития системы финансирования в здравоохранении Российской Федерации.
3. Выявить проблемы эффективности российской системы финансирования здравоохранения и международные тенденции.
4. Изучить организационно-экономическую характеристику территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.
5. Провести анализ формирования доходов территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.
6. Оценить направления использования бюджетных средств территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.
7. Разработать мероприятия по увеличению доходов и повышению эффективности использования средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.

8. Сформировать направления совершенствования системы управления финансами государственных учреждений здравоохранения.

Объектом исследования выступает совокупность экономических и организационных отношений, возникающих в процессе формирования и использования средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Предметом исследования являются система и методы при организации процесса по формированию и использованию средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Теоретическая основа выпускной квалификационной работы состоит в печатных и электронных версиях трудов отечественных и зарубежных ученых в области системы здравоохранения.

Методологическую основу составили методы анализа структуры, динамики бюджетных показателей, наблюдений, а также коэффициентный метод статистического анализа.

Информационную основу включает в себя законодательные акты Российской Федерации, нормативные документы и статистические исследования, данные Федеральной службы государственной статистики, результаты собственных практических исследований, а также официальные данные территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области.

Практическая значимость выпускной квалификационной работы определяется возможностью использования полученных результатов оценки в дальнейшем планировании бюджетных показателей, а также применение в преподавании дисциплин, касающихся бюджетной сферы деятельности.

Структура выпускной квалификационной работы определяется поставленной целью, сформулированными задачами, объектом, предметом и выстроенной логикой проведения исследования. Она последовательно включает введение, две главы, заключение и список литературы, использованный в ходе проведенного исследования.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

1.1. Обязательное медицинское страхование как экономическая категория в России

Система обязательного медицинского страхования, являясь составной частью здравоохранения, позволила перевести здравоохранение на многоканальное финансирование, источниками которого являются:

- бюджетная система с входящими в нее федеральным, региональным и местным бюджетами;
- внебюджетные целевые фонды (в том числе федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования);
- финансовые средства предприятий, объединений, организаций, учреждений, направляемые в здравоохранение;
- средства ДМС (в том числе личные средства граждан);
- средства, получаемые медицинским учреждением за счет предоставления медицинских услуг на платной основе (личные средства граждан);
- кредиты, ссуды, субсидии, субвенции, дотации, налоговые взаиморасчеты;
- доходы от инвестирования (деPOSITные вклады, государственные ценные бумаги);
- средства спонсоров – юридических и физических лиц;
- иные источники, не запрещенные законодательством.

В соответствии с законом «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» система обязательного медицинского страхования обеспечивает населению равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского

страхования в объеме и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования (ОМС) [1].

В системе ОМС определены 4 носителя юридических прав и обязанностей: гражданин (застрахованный), организация-плательщик (страхователь), страховая медицинская организация (страховщик) и медицинское учреждение в качестве исполнительного звена. Реализацию государственной политики в области ОМС обеспечивают федеральный и территориальные его фонды.

Организации-плательщики (страхователи) обеспечивают систему входными финансовыми и информационными ресурсами (информация плательщиков о своих страховых платежах и т.д.). Для неработающего населения такими страхователями являются органы исполнительной власти территории, для работающего населения – предприятия, учреждения, организации и иные хозяйствующие субъекты, а также лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий, зарегистрированные в установленном порядке в регионе.

Страховая медицинская организация (СМО) – это юридическое лицо, являющееся самостоятельным хозяйствующим субъектом с любой предусмотренной законодательством РФ формой собственности, обладающее необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующее свою деятельность в соответствии с законодательством РФ и Положением о страховых медицинских организациях. СМО оплачивает оказанную их застрахованным медицинскую помощь, перечисляя на счета ЛПУ средства за фактически выполненные объемы медицинской помощи по установленным тарифам; они осуществляют ОМС на некоммерческой основе.

ЛПУ сегодня являются основным исполнительным звеном системы ОМС по оказанию медицинской помощи застрахованному населению. Медицинскую помощь по программам ОМС оказывают государственные и муниципальные, в том числе и частные медицинские учреждения, имеющие

лицензию; они осуществляют свою деятельность как самостоятельно хозяйствующие субъекты на основе договоров с СМО.

Застрахованные по ОМС – лица, в пользу которых заключены договоры ОМС. Они являются конечными пользователями результатов деятельности системы ОМС, созданной и работающей в целях удовлетворения их социальных интересов.

Право застрахованного на бесплатное получение медицинских услуг в объеме программы ОМС подтверждает страховой полис – государственный документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования. Закон РФ о страховании рассматривает полис и как страховое свидетельство. На территории субъекта Федерации действует страховой медицинский полис ОМС единого образца [1].

Для управления деятельностью системы ОМС в целях обеспечения интересов всех субъектов системы существует территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС), который создан для реализации государственной политики в области ОМС.

ТФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, предназначенным для аккумулирования страховых взносов и платежей, обеспечения финансовой стабильности, всеобщности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Фонд осуществляет финансирование программы ОМС, финансово-кредитную деятельность по обеспечению системы ОМС, накапливает финансовые резервы для обеспечения устойчивости системы ОМС, совместно с органами Федеральной налоговой службы территории осуществляет контроль за своевременным и полным поступлением страховых взносов в систему ОМС.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) осуществляет выравнивание условий деятельности ТФОМС.

Финансово-экономическое взаимодействие субъектов территориальной

системы ОМС осуществляется на договорной основе; необходимым условием является полномасштабное, без исключений, выполнение договорных обязательств.

Договор обязательного медицинского страхования – это соглашение между страхователем и страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам ОМС.

Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) является основанием для построения отношений по ОМС между медицинским и страховым учреждениями; он определяет условия покупки медицинских услуг, качество медицинской помощи, взаимные обязательства и ответственность сторон.

По договорным обязательствам предоставления лечебной и профилактической помощи (медицинских услуг) согласно системе ОМС, по поручению страховщика медицинскому учреждению необходимо взять на себя ответственность по оказанию лечебной и профилактической помощи (по перечню, предусмотренному территориальной программой ОМС и утвержденным перечнем видов деятельности) гражданам, которые обеспечены государством страховым полюсом.

Основная задача СМО – обеспечение финансирования предоставляемых медицинских услуг и защита прав застрахованных на получение в полном объеме качественной медицинской помощи [1].

ТФОМС обеспечивает системные договорные отношения всей системы ОМС. В соответствии с типовым договором он принимает на себя обязательства по финансированию деятельности страховщика в объеме, обеспечивающем выполнение последним обязательств по заключенным им договорам ОМС граждан, а также предоставляет страховщику прејскуранты на медицинские услуги (и дополнения или изменения к ним), входящие в территориальную программу ОМС. Кроме этого ТФОМС заключает

договора взаимодействия страхователя и страховщика, определяющие их взаимные обязательства по обеспечению прав на медицинскую помощь (в объеме базовой программы ОМС) граждан, состоящих в трудовых отношениях со страхователем, но проживающих и работающих на территории другого субъекта РФ.

Процесс управления финансовыми ресурсами в системе ОМС затрагивает всех участников системы, интересы которых в целом могут не полностью отвечать интересам всей системы.

Несмотря на то, что в здравоохранении развиваются рыночные механизмы, государственное регулирование экономических отношений должно укрепляться. Рынок медицинских услуг не может быть стихийно саморегулируемым, поскольку нет прямой зависимости между величиной доходов населения и потребностью в медицинской помощи, а также между уровнем государственных расходов на здравоохранение и уровнем здоровья населения. ОМС также требует государственного регулирования, унификации организационных, финансовых и экономических технологий. Одни проблемы при этом вообще аннулируются, другие решаются проще (например, осуществление взаиморасчетов между территориальными фондами за оказанную медицинскую помощь застрахованным). Важными направлениями такой работы являются: единый подход к идентификации застрахованного населения; единый классификатор медицинских услуг, разработанный на базе действующей системы медицинских классификаций; единые медицинские стандарты; единая политика ценообразования; единые счета на оплату медицинских услуг.

Одним из главных инструментов финансового механизма в здравоохранении выступают тарифы на медицинские услуги. Продавцы услуг имеют экономический интерес в предоставлении трудоемких услуг или наибольшем их дроблении, тем самым увеличивая стоимость услуги.

В настоящее время государственные обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи не обеспечиваются финансовыми

ресурсами, а территориальные программы ОМС финансируются лишь на 40-60%. Таким образом, отсутствует адекватное и своевременное поступление финансовых ресурсов.

Медицинское учреждение в условиях дефицита финансовых средств заинтересовано в обеспечении высоких показателей здоровья населения на единицу ресурсов, поэтому оно стремится к строжайшей экономии финансовых средств и целевому их использованию.

Со стороны ТФОМС оперативное управление финансовыми ресурсами системы ОМС включает [37, стр. 54]:

- учитывать поступления (в общем объеме) средств в фонд на счет;
- осуществлять выплаты страховых платежей, целевых дотаций, кредитов, субвенций и прочих перечислений в соответствии с принятыми планами финансирования;
- обеспечивать оперативное распределение имеющихся средств между СМО;
- собирать отчетность об использовании средств страховых платежей в СМО и ЛПУ;
- урегулировать взаиморасчеты с СМО и между СМО;
- составлять сводные отчеты об использовании средств;
- принимать меры в случае выявления нарушений по использованию средств, формированию страховых резервов и использованию временно свободных средств;
- составлять отчеты об исполнении бюджета по расходам на территориальную программу ОМС и принимать меры в случае перерасхода.

Таким образом, отметим, что систему ОМС можно рассматривать как открытую социотехническую систему, организационно-экономическая деятельность которой направлена на преобразование входных финансовых (страховые взносы и платежи плательщиков) и соответствующих информационных потоков в выходной поток оплаченных медицинских услуг, оказанных застрахованным.

Страховой взнос в системе ОМС – это финансовые средства, уплачиваемые страхователями (плательщиками) в соответствии с договором на ОМС. Порядок сбора страховых взносов определяется Правительством РФ и утверждается Государственной Думой.

Финансовые средства ОМС предназначены для финансирования территориальной программы ОМС; формирования нормативных страховых резервов, формируемых для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС; финансирования целевых мероприятий по здравоохранению и развитию системы ОМС.

Финансовые средства формируются за счет: страховых взносов предприятий, финансовых санкций к страхователям, от размещения временно свободных денежных средств.

Данные финансовые средства образуют фонды системы ОМС, которые находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов других фондов и не подлежат изъятию.

Страховой платеж – это денежные средства, перечисляемые ТФОМС на счет ОМС страховым медицинским организациям.

Для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС при резких изменениях внешней среды предусмотрены нормированный страховой запас ТФОМС и страховые резервы СМО. Кроме того формируется еще 2 резерва: для оплаты предстоящей медицинской помощи застрахованным и для финансирования мероприятий по снижению заболеваемости и мер по сокращению затрат на осуществление территориальной программы ОМС при повышении доступности и улучшении качества медицинских услуг.

Таким образом, подведем следующий итог – несмотря на многоканальность финансирования медицинских учреждений, в целом средств не хватает, фактическое расходование финансовых средств производится не по утвержденному плану и перед государством стоит достаточно проблем по нормативно-правовому регулированию системы.

1.2. Развитие системы финансирования в здравоохранении Российской Федерации

В современных условиях развития рыночной экономики выделяют три вида систем по финансированию здравоохранения: бюджетная, страховая и частная, которые представлены в таблице 1.

Задачи, которые выполняются в рамках государственных программ, определяют объемы бюджетного финансирования в сфере здравоохранения. Если организации здравоохранения, источником финансирования которых является федеральный бюджет, принимают непосредственное участие в реализации региональных целевых программ в области здравоохранения, такая деятельность обеспечивается за счет средств бюджетов субъектов РФ и внебюджетных средств.

Таблица 1

Модели финансирования здравоохранения

Модель финансирования	Основные черты
Бюджетная	Основывается на сборе налогов, из которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется расход на здравоохранение
Страховая	Основывается преимущественно на целевом взносе на медицинское страхование. Часто выступает в форме сочетания страхового и бюджетного финансирования.
Частная	Основывается преимущественно на взносах из личных средств граждан, благотворительных фондов и т.п.

Централизованный бюджет здравоохранения значительно сужает возможности оперативного управления, минимизируя влияние факторов текущей ситуации на управление ресурсами, что неизбежно снижает общую экономическую эффективность бюджетного здравоохранения. При постоянном уменьшении бюджета централизованное финансирование становится инструментом самоуничтожения системы здравоохранения.

Согласно положениям ВОЗ на отрасль здравоохранения, которая обеспечивает национальную безопасность страны, государством должно

выделяться не меньше 6-7% от валового внутреннего продукта (ВВП). Показатель в России не соответствует рекомендуемому значению. Тем не менее, расходы граждан на лекарственное обеспечение и медицинскую помощь значительно превышают государственное финансирование.

Изменить ситуацию позволила система ОМС, которая является составной частью здравоохранения и перевела сферу здравоохранения на многоканальное финансирование [35, стр. 215].

На рисунке 1 представлены внебюджетные источники по финансированию сферы здравоохранения РФ в условиях рыночных преобразований.

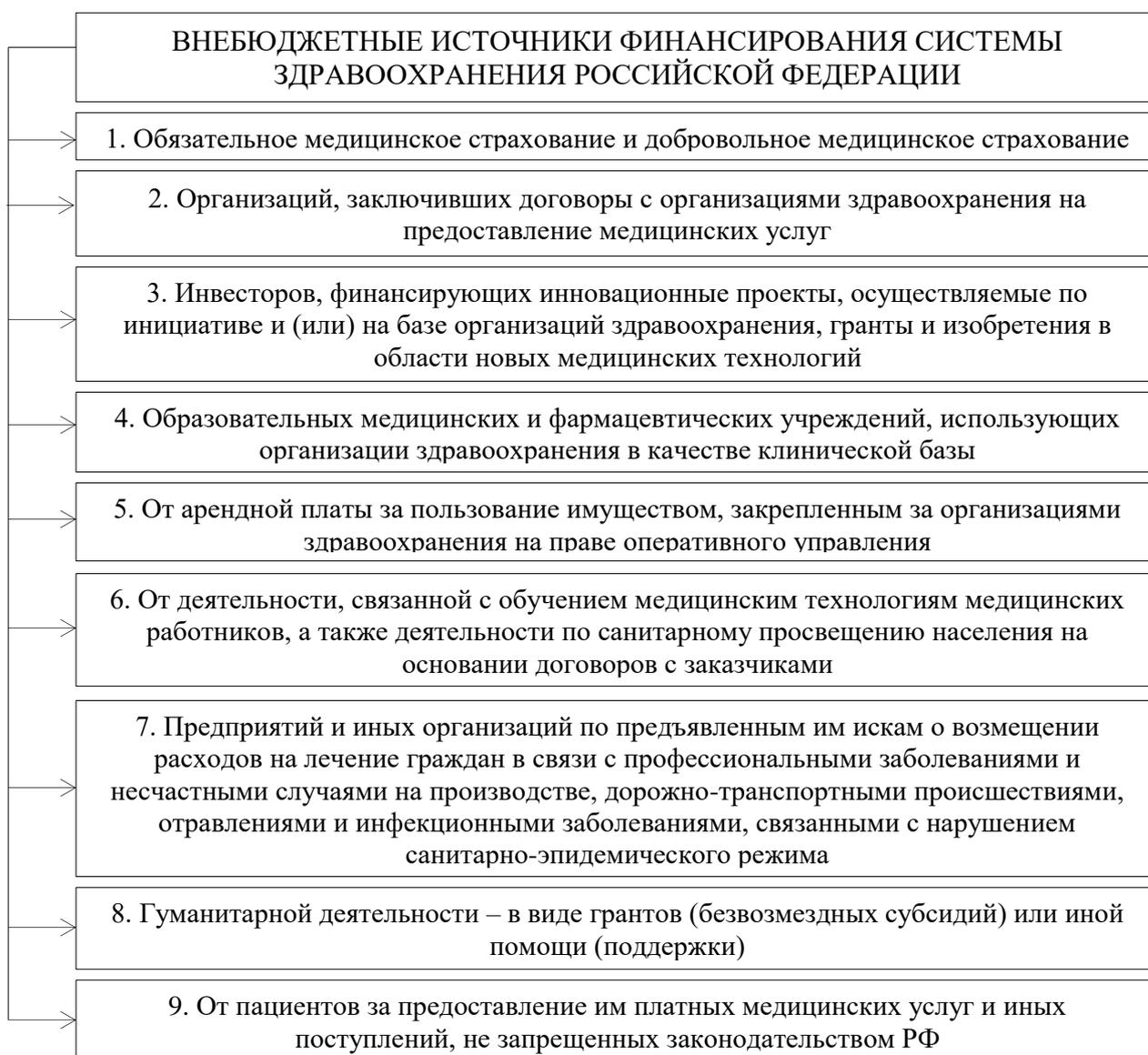


Рис. 1. Внебюджетные источники финансирования системы здравоохранения

Вовлечение внебюджетных средств в процесс развития здравоохранения и участия пациентов в финансировании медицинских услуг весьма актуально в кризисной экономике при бюджетном дефиците и других неблагоприятно воздействующих экономических тенденций, которые требуют снижения расходов от государства.

Различные формы собственности, предпринимательской деятельности и условий конкуренции являются условиями, чтобы сформировать прочную систему, которая создаст реальные потенциальные возможности с целью удовлетворить социальные потребности. Потенциал должен включать:

- Увеличить возможности для получения доходов населением и обеспечить себя и членов домашнего хозяйства социальными услугами.
- Формировать новые источники удовлетворения потребностей через развитие частного предпринимательства.

За несколько лет в российском здравоохранении произошел крутой поворот от чрезмерно централизованной к фрагментарной системе.

Система здравоохранения оказалась разобщенной. С одной стороны, наметилась тенденция к разделению единой системы общественного здравоохранения по принципу основных источников финансирования – через систему ОМС, государственный и муниципальный бюджеты. Единая система общественного здравоохранения распределилась на 2 сектора – бюджетный и страховой. Одно и то же учреждение здравоохранения действует на основе абсолютно разных схем финансирования и управления в рамках бюджетной и страховой систем. Каждая из них строится на основе собственных правил, что оказывает крайне негативное влияние на экономику здравоохранения и препятствует реализации единого подхода к управлению и планированию.

Действующее законодательство об основах местного самоуправления закрепляет автономию местных органов власти в решении вопросов охраны здоровья. В результате каждое муниципальное образование строит свою собственную замкнутую систему.

В какой-то мере фрагментация системы компенсируется усилиями

территориальных фондов ОМС, которые пытаются выстроить единую для субъекта Федерации систему финансирования. Действующее законодательство о медицинском страховании обеспечивает возможность централизации финансовых ресурсов для выравнивания условий финансирования здравоохранения. Тем не менее, возможности системы ОМС весьма ограничены. Сегодня через ее структуры проходит 30-35% всех ресурсов здравоохранения. Этого недостаточно, чтобы обеспечить разумную централизацию и единую управленческую стратегию.

Наблюдается тенденция к ослаблению взаимодействия между отдельными уровнями оказания медицинской помощи и службами здравоохранения. Из-за низкого уровня планирования один район вынужден содержать ненужные мощности, в то время как на соседней территории ощущается их острая нехватка. Можно привести много примеров простаивания дорогостоящей аппаратуры, приобретаемой небольшими районными больницами (обычно из-за отсутствия квалифицированных кадров). В результате действующая сеть медицинских учреждений все в меньшей степени соответствует реальным потребностям населения и требованиям рационального использования ресурсов [35, стр. 210].

Кроме того, под угрозой оказался важнейший принцип организации системы – этапность оказания помощи. Система здравоохранения не может строиться в одном отдельно взятом районе, для повышения эффективности использования ресурсов требуется разумная регионализация сети медицинских учреждений, основанная на разделении их функций с учетом уровня и типа каждого учреждения.

Это предполагает более высокий уровень централизации управления и финансирования, чем сложившийся сегодня. В этом состоит принципиальное отличие здравоохранения от других систем социальной сферы, доставшихся в управление муниципальным властям.

Таким образом, отметим, что неудовлетворительное функционирование российской системы здравоохранения является

следствием не только недостаточного финансирования, но и неэффективного управления процессом оказания медицинских услуг и их оплаты.

Исторически были апробированы следующие методы финансирования здравоохранения:

1. Уравнительный подход сочетался с чисто административными средствами и мерами.

2. Затратный механизм финансирования обусловлен выделением средств по удельным нормативам затрат и значительным дефицитом ассигнований.

3. Метод рационального использования конечного фонда стационаров, при котором контроль осуществлялся не трудовым коллективом отделений, а руководством медицинского учреждения, т.е. носил субъективный характер.

4. Бригадная форма организации труда – оценка работы коллективов по итогам соревнования между сотрудниками, отделениями и учреждениями.

Эксперименты внедрения экономических методов в управлении здравоохранением и их результаты, определили следующие аспекты:

1. Применение экономических методов в управлении способствует интенсивному использованию имеющихся основных и оборотных фондов ЛПУ с сохранением параметров качества медицинских услуг.

2. Применение материальной мотивации как основного фактора интенсификации в деятельности медицинских учреждений.

3. Выделение дополнительных финансовых ресурсов на интенсификацию лечебного дела медицинских учреждений в процессе избранных экспериментов, сюда же включаются расходы по стимулированию медицинского персонала, показали меньшие значения, нежели рассчитанные расходы дополнительного числа пролеченных больных при использовании той же материально-технической базы.

4. Как и при бюджетном финансировании исследуемой отрасли, так и при оказании платных услуг, необходимо применять использование экономических методов управления медицинскими учреждениями.

Одной из попыток перехода к интенсивной модели развития отрасли стало внедрение нового хозяйственного механизма (НХМ), основанного на следующих признаках: финансирование по долговременным экономическим нормативам на душу населения; привлечение внебюджетных источников финансирования; развитие самостоятельности и инициативы трудовых коллективов в решении вопросов производственной деятельности; зависимость оплаты труда от конечных результатов.

В ходе эксперимента по НХМ увеличились численность врачебных кадров во всех медицинских учреждениях, а также расходы на здравоохранение на всех территориях – как в абсолютном выражении, так и в расчете на одного жителя. В то же время эксперимент показал, что совмещение функций производителя и получателя медицинских услуг в одном лице недостаточно эффективно – необходим посредник между ЛПУ и пациентами, который представлял бы и защищал интересы последних при получении медицинской помощи. Реализовать такой подход позволяет внедрение системы медицинского страхования (ДМС – добровольное медицинское страхование и ОМС – обязательное медицинское страхование).

Далее одно из наиболее существенных нововведений в системе здравоохранения связано с принятием в 1991 г. закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Дело даже не в том, что появился довольно мощный и эффективный финансовый ресурс в виде целевого стабильного норматива отчислений от одного из наиболее важных и динамичных показателей экономики страны – фонда оплаты труда. Этот закон коренным образом изменил систему организационно-экономических отношений в здравоохранении. Структурная схема системы ОМС сформировалась на основе механизма реализации договорных рыночных отношений с участием страховых медицинских организаций (СМО) и взаимодействия субъектов ОМС и территориальных фондов ОМС.

Далее рассмотрим современные проблемы эффективности российской системы финансирования здравоохранения.

1.3. Проблемы эффективности российской системы финансирования здравоохранения и международные тенденции

Медицинское обслуживание населения в Российской Федерации оказывается на основе программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, в том числе программ обязательного медицинского страхования. Реализация этих программ сталкивается со значительными финансовыми ограничениями. В ряде регионов эти программы выполняются с дефицитом от необходимого объема годового финансирования. Сложившаяся ситуация сказывается на качестве и доступности оказываемой в сети государственных лечебно-профилактических учреждений медицинской помощи, соответственно, возрастает необходимость поиска дополнительных, коммерческих источников финансирования системы здравоохранения и исследования возможностей их развития в Российской Федерации. В этих условиях разработка эффективных управленческих решений по развитию отечественной системы финансирования здравоохранения не может обойтись без статистических исследований мирового опыта развития добровольного медицинского страхования, как наиболее перспективного источника финансовых ресурсов.

Совокупные расходы на здравоохранение в Российской Федерации составили 5,84% ВВП в 2015 году. За последние 10 лет объем ассигнований из всех источников на медицинское обслуживание населения и модернизацию отрасли вырос в 4,97 раза. В последние десять лет наибольшую роль в финансировании здравоохранения играло государство со среднегодовой долей в 62,37% от всех расходов на медицину [12, стр. 250].

Таким образом, бичом государственной системы здравоохранения как гаранта оказания бесплатной медицинской помощи всем гражданам страны является хронический недостаток финансирования, который вместе с приоритетностью оказания медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий и территориальных программ ограничивает

развитие альтернативных способов финансирования отрасли. Сложившаяся ситуация обуславливает использование затратных видов оказания медицинской помощи, торможение внедрения стандартов медицинского обслуживания, что отражается на качестве и доступности медицинской помощи.

Низкое качество и доступность бесплатной медицинской помощи проявляется в неудовлетворенности населения получаемыми медицинскими услугами в сети государственных медицинских учреждений. Средний уровень удовлетворенности по данным ежегодных опросов населения, проводимых Министерством регионального развития Российской Федерации, не превышает 40%. Другими словами, большая часть населения страны не удовлетворена оказываемой медицинской помощью и вынуждена искать альтернативные, более эффективные способы ее получения.

Так, частные расходы населения на медицину выросли в 4,52 раза за последнее десятилетие, а среднегодовой темп роста составил 118,26%, что лишь на 2,16% меньше значения этого показателя для государственного здравоохранения.

Увеличение частных расходов населения на медицину в рассматриваемом периоде обеспечивалось в основном за счет платных медицинских услуг. На этом фоне средства добровольного медицинского страхования и некоммерческих организаций показывают обратную ситуацию.

Расходы на платные медицинские услуги, по нашему мнению, в ближайшей перспективе сохранят тенденцию к увеличению, поскольку дальнейшее развитие Российской Федерации в рамках концепции социального государства будет диктовать необходимость дополнительного расширения перечня социальных гарантий в здравоохранении, что на фоне снижения государственных расходов на медицину будет приводить к еще большему дефициту исполнения как территориальных программ обязательного медицинского страхования, так и программ государственных

гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в целом.

Таким образом, сложившийся механизм финансирования здравоохранения, в котором системе обязательного медицинского страхования отводится роль приоритетного источника оплаты медицинской помощи, перестает справляться с возросшей нагрузкой. Основная цель внедрения системы медицинского страхования как таковой – необходимость формирования новых эффективных источников оплаты медицинской помощи и создание на их базе рабочего механизма финансирования системы здравоохранения по принципу «деньги идут за пациентом» - до сих пор не реализована в полной мере. Дело в том, что важнейший элемент системы медицинского страхования страны – добровольное медицинское страхование – является одним из наименее развитых источников финансирования здравоохранения со среднегодовой долей 3,46% в совокупных расходах на медицину за последние 10 лет.

Тем не менее значительная среднегодовая доля платных медицинских услуг в совокупных расходах на здравоохранение (34,32%) в последние 10 лет говорит о готовности населения тратить деньги на поддержание своего здоровья и, соответственно, благоприятных условиях для развития коммерческого страхования как более эффективного способа удовлетворения потребностей населения в качественной медицинской помощи.

Таким образом, повышение эффективности российской системы здравоохранения должно базироваться на рационализации процессов ее финансирования, в первую очередь путем создания условий для перераспределения денежных средств населения из сектора платных медицинских услуг в сферу добровольного медицинского страхования. Эффективная реализация этого мероприятия определяет необходимость статистически обоснованного выбора конкретных стран-эталонов, опыт развития добровольного медицинского страхования которых может быть применен в российских условиях.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения совокупные расходы на здравоохранение в мире обеспечиваются в среднем на уровне 6,87% ВВП, а на душу населения приходится 1071,01 долл. США в год. Несмотря на высокие средние значения обозначенных показателей, большее количество государств их не достигает. К примеру, медианные значения для рассматриваемых показателей составили лишь 6,54% и 385,99 долл. США соответственно. Уместно привести следующие данные Всемирной организации здравоохранения за тот же период: количество государств, в которых объем совокупных расходов на здравоохранение на душу населения меньше среднего по миру, составляло 148, а больше среднего – 42. В то же время количество государств, в которых доля совокупных расходов на здравоохранение была ниже средней по миру, составляло 108, а больше среднего значения – 82 [3, стр. 220].

Значительный разрыв в финансировании здравоохранения заметно сказывается на средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении в этих странах. Так, в среднем в странах-лидерах значение обозначенного показателя на 12,44 года больше, чем в странах-аутсайдерах – 80,05 и 67,61 года соответственно.

Россия занимает 54-е место по совокупным расходам на здравоохранение на душу населения (886,88 долл. США) и 107-е место по доле расходов на здравоохранение в ВВП страны (6,26%). Средняя продолжительность жизни при рождении в Российской Федерации впервые преодолела порог в 70 лет и составила 70,46 года.

Сложившаяся ситуация говорит о том, что при проведении в системе финансирования здравоохранения Российская Федерация может обеспечить конкурентный объем денежных вливаний на медицинское обслуживание населения и, соответственно, улучшение здоровья и увеличение средней продолжительности жизни населения страны.

В целом приведенные цифры не дают возможности наглядно оценить уровень развития отечественной системы здравоохранения в сравнении с

другими странами. Таким образом, для оценки уровня развития российской системы здравоохранения воспользуемся статистическими методами рейтинговой оценки.

Экономический смысл построения рейтинга в данном случае состоит не только в оценке места Российской Федерации, но и в отборе стран, на опыт которых она смогла бы опираться при реформировании своей системы финансирования здравоохранения. Из первоначального списка были отобраны страны, удовлетворяющие следующим критериям:

1. Численность населения, превышающая 5 млн. человек.
2. Объем ВВП на душу населения свыше 5000 долл. США в год.
3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении свыше 70 лет.

Данные ограничения позволяют отсеять карликовые, а также социально и экономически неразвитые страны, ввиду объективной нецелесообразности применения в масштабах Российской Федерации их опыта развития систем финансирования здравоохранения.

В качестве метода рейтинговой оценки был выбран таксонометрический метод, который является частным случаем метода расстояний до объекта-эталона. Кроме того, для отобранных показателей были заданы весовые коэффициенты.

В окончательный рейтинг вошла 51 страна. Российская Федерация заняла 50-е место. В первую двадцатку рейтинга вошли государства как со страховой, так и с государственной системами финансирования здравоохранения. В этих странах здравоохранение финансируется в среднем на уровне 10,4% ВВП страны, а на годовое медицинское обслуживание приходится в среднем 5027,55 долл./чел. Финансирование здравоохранения на таком уровне обеспечивает высокую продолжительность и качество жизни. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в этих странах составляет в среднем 81,48 года.

Поскольку в РФ сформирован бюджетно-страховой механизм финансирования здравоохранения, из обозначенных стран-лидеров

подробнее рассмотрим страны с аналогичными системами финансирования отрасли (таблица 2).

Таблица 2

Структура расходов на здравоохранение в странах-лидерах
рейтинговой оценки

Место в рейтинге	Страна	Доля средств государства в совокупных расходах на медицину	Доля средств ОМС в государственных расходах на медицину	Доля платных услуг в совокупных расходах на медицину	Доля ДМС в совокупных расходах на медицину
1-е	Швейцария	61,67	70,8	28,14	9,35
2-е	Япония	82,49	87,6	14,12	2,37
3-е	Франция	76,95	92,28	7,39	13,77
5-е	Австралия	66,91	66,91	18,51	8,06
7-е	Нидерланды	79,82	90,91	5,58	5,22
12-е	Австрия	75,55	53,63	15,2	4,02
13-е	Германия	76,28	88,64	12,06	9,47
15-е	Израиль	61,69	71,53	25,01	10,17
16-е	Бельгия	75,91	86,21	19,68	4,21
20-е	Южная Корея	54,43	79,48	36,05	5,76
50-е	Россия	60,99	47,08	34,32	2,7

Как видно, структура источников расходов на здравоохранение в Российской Федерации в сравнении со структурой эталонной страны носит крайне несбалансированный характер. В первую очередь из-за недостатка государственного финансирования отрасли. Во вторую очередь – из-за недостаточно сформированного рынка добровольного медицинского страхования. Так, в Российской Федерации доля добровольного медицинского страхования составляет 2,7%, а в странах-лидерах - 7,24%.

Ранее мы отмечали, что в текущих условиях нельзя ожидать увеличения государственного финансирования отрасли, а повышение эффективности системы здравоохранения должно базироваться на рационализации процессов ее финансирования путем перераспределения средств населения из сектора платных медицинских услуг в сферу добровольного медицинского страхования. Таким образом, из отобранных десяти стран-лидеров в целом нашим условиям удовлетворяют четыре страны, доля добровольного медицинского страхования в которых составляет

более 9% рынка медицинских услуг: Израиль, Швейцария, Германия, Франция [18, стр. 250].

Тем не менее, если подробно проанализировать структуру расходов на здравоохранение в Израиле и Швейцарии, а затем сравнить ее с российской, мы увидим, что в целом они очень схожи. Доля средств государства в финансировании медицинской помощи в этих странах находится на среднем уровне 61,45%, а доля негосударственных источников (платных медицинских услуг и добровольного медицинского страхования) – на уровне 36,56%. При этом на долю платных медицинских услуг приходится в среднем 26,57%.

Таким образом, опыт данных систем финансирования здравоохранения не удовлетворяет основному условию – необходимости значительного перераспределения средств из сектора платных медицинских услуг в добровольное медицинское страхование.

На фоне этих стран структура расходов на здравоохранение в Германии и Франции указывает на значительно более высокую роль добровольного медицинского страхования в финансировании медицинской помощи – 9,47 и 13,77% соответственно. Более того, доля платных медицинских услуг в общих расходах на медицину составляет лишь 12,06% и 7,39% соответственно против 34,32% в Российской Федерации.

Сложившаяся ситуация говорит о том, что данные страны имеют значительно более сбалансированные системы финансирования здравоохранения и их опыт развития добровольного медицинского страхования является наиболее подходящим для применения в российских условиях.

Во второй главе проведем анализ формирования и использования средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области и разработаем направления совершенствования системы управления ресурсами.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ФОРМИРОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ

2.1. Организационно-экономическая характеристика территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области

Согласно решению областного Совета народных депутатов от 17 июня 1993 года был создан территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Белгородской области, который располагается по адресу: г. Белгород, улица Народный бульвар, дом 55.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, созданным в целях реализации государственной политики по обязательному медицинскому страхованию граждан, которые являются составной частью государственного социального страхования Белгородской области.

Деятельность ТФОМС Белгородской области регулируется Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования Белгородской области, которое утверждено постановлением правительства Белгородской области от 11.04.2011 года № 136-пп.

К задачам территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области относят:

1. Обеспечить права граждан в системе обязательного медицинского страхования, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации.

2. Обеспечить гарантии по бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи в случае наступления страхового случая в

рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования.

3. Создать условия по обеспечению доступности и качества медицинской помощи, которая оказывается в рамках программ обязательного медицинского страхования.

4. Обеспечить государственные гарантии по соблюдению прав застрахованных лиц на исполнение обязательств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика [50].

Деятельность территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области осуществляется под руководством Правления и его постоянно действующего исполнительного органа – это исполнительная дирекция, которая возглавляется директором.

В состав правления включаются:

- 1) Народные депутаты – 3 человека.
- 2) Представители органов государственной власти: 2 представителя органа управления здравоохранения; представители финансовых органов; представители органа социальной защиты населения.
- 3) Представитель учреждения Центрального банка Российской Федерации – 1 человек.
- 4) Представитель страховых медицинских организаций – 1 человек.
- 5) Представитель профессиональной медицинской ассоциации – 1 человек.
- 6) Представители областной и государственной власти – 2 человека.
- 7) Представители профсоюзов – 2 человека.
- 8) Директор территориального фонда.

Глава администрации области постановлением утверждает состав правления, а правление избирает председателя правления фонда ОМС Белгородской области.

К функциям правления территориального фонда ОМС Белгородской области относят:

- 1) Определять задачи перспективного развития территориального фонда.
- 2) Утверждать положения о фондах территориального фонда.
- 3) Участвовать в согласовании с соответствующим органом исполнительной власти кандидатуры на должность исполнительного директора.
- 4) Согласовывать с органами исполнительной власти, профессиональными медицинскими ассоциациями территориальную программу обязательного медицинского страхования граждан.
- 5) Участвовать в утверждении норматива от страховых взносов, направляемого страховыми медицинскими организациями соответствующей территории на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию.
- 6) Устанавливать порядок отчислений финансовых средств в территориальный фонд его филиалами.
- 7) Утверждать годовые отчеты о результатах деятельности территориального фонда, нормированного страхового запаса финансовых средств территориального фонда и порядок покрытия убытков.
- 8) Представлять на утверждение в органы государственной власти нормативные акты по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования.
- 9) Формировать ревизионную комиссию [50].

Согласно постановлению главы администрации Белгородской области от 16 июня 1994 года №316 на должность первого исполнительного директора территориального фонда ОМС Белгородской области был назначен Григорий Иванович Здоровцов.

Далее согласно распоряжению губернатора Белгородской области от 29 марта 2004 года и по настоящее время обязанности директора Белгородского территориального фонда обязательного медицинского страхования

возложены на Калашникова Николая Михайловича, в подчинении которого находятся 3 заместителя: Пересыпкина Вера Семеновна, Осмаловский Михаил Алексеевич и Ермакова Ольга Ивановна.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования имеет следующую организационно-правовую структуру, представленную на рисунке 2.



Рис. 2. Аппарат управления территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области

Основное направление деятельности территориального фонда – это обеспечить финансовую устойчивость лечебно-профилактических учреждений, которые работают в системе ОМС, а также проводить анализ эффективности экономической деятельности.

Согласно представленной на рисунке 2 организационной характеристики руководство и координацию деятельности планово-экономического отдела, отдела организации доходов и внутреннего аудита и контроля осуществляет заместитель директора Пересыпкина Вера

Семеновна.

К полномочиям отдела организации доходов относится работа, направленная на выполнение доходной части бюджета фонда, осуществления учета налоговых поступлений, подлежащих начислению в фонд ОМС, ведение учета и контроля поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Также в ведение отдела по организации доходов входит регистрация налогоплательщиков в качестве страхователей, формирование и поддержание в актуальном состоянии регистра страхователей при обязательном медицинском страховании.

К полномочиям планово-экономического отдела относится осуществление расчета и экономического обоснования показателей территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области; проведение расчетов тарифов, действующих в системе ОМС; участие в финансовом обеспечении выплаты надбавок стимулирующего характера медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь. Анализ выполнения учреждениями здравоохранения экономических показателей, оказание консультативной помощи экономическим службам учреждений здравоохранения и страховых медицинских организаций проводится специалистами планово-экономического отдела [50].

К полномочиям отдела внутреннего аудита и контроля, который до января 1997 года назывался контрольно-ревизионным, относится осуществление контроля за целевым и рациональным использованием средств ОМС, а также финансовых средств, направляемых на реализацию национальных проектов в сфере здравоохранения.

К полномочиям отдела бухгалтерского учета и отчетности относится организация и ведение бухгалтерского учета, составление отчетности о финансово-хозяйственной деятельности фонда в соответствии с действующим законодательством и нормативно-методическими документами. Специалисты этого отдела обеспечивают представление

информации в установленные сроки в государственные органы о деятельности фонда, его имущественном положении, обязательствах и их движении, своевременное финансирование территориальной программы ОМС и национального проекта в сфере здравоохранения, проводят текущий контроль за эффективным и рациональным использованием средств ОМС.

Также в функции отдела входит организация взаимодействия с бухгалтерскими службами лечебно-профилактических учреждений по финансовым и имущественным вопросам.

К полномочиям отдела организации обязательного медицинского страхования относят: совершенствовать систему ОМС страхования в Белгородской области; координировать действия субъектов системы ОМС, других заинтересованных организаций по обеспечению прав граждан на охрану здоровья; обеспечивать защиту прав застрахованных на получение гарантированного программой ОМС объема и качества медицинской помощи; проводить взаиморасчеты с территориальными фондами ОМС за медицинскую помощь, оказанную иногородним гражданам в ЛПУ области, а также жителям Белгородской области вне территории страхования; осуществлять ведение сводного регистра застрахованных в Белгородской области; рассматривать жалобы, обращения и претензии застрахованных граждан; проводить социологические опросы пациентов о качестве оказанной им медицинской помощи; участвовать в финансовом обеспечении дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

К полномочиям отдела вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи относят функции по обеспечению реализации на территории области предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе ОМС на получение современной медицинской помощи надлежащего качества и объема. Специалисты отдела организуют и координируют работу системы вневедомственного контроля

качества медицинской помощи; осуществляют контроль деятельности СМО по вопросам экспертизы качества медицинской помощи (КМП); принимают непосредственное участие в экспертной деятельности; организуют обучение врачей-экспертов по вопросам организации контроля КМП и технологии экспертизы; участвуют в работе по разработке и внедрению территориальных стандартов стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи; участвуют в финансовом обеспечении дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

К полномочиям отдела информационного обеспечения относят организацию разработок и сопровождения программного обеспечения для фонда и учреждений здравоохранения; обеспечение создания и администрирования баз данных застрахованного населения медицинской помощи; осуществление администрирования локальной сети фонда; обеспечение взаимодействия фонда посредством Internet, модемной связи со всеми субъектами ОМС и финансовыми органами; осуществление поддержки следующих программных комплексов: ведение сводного регистра застрахованных граждан территории, регистрация страхователей и учет задолженности по страховым взносам, учет поступления страховых взносов на неработающих (из Федерального Казначейства) и взаиморасчеты. Специалисты отдела осуществляют ведение регистра медицинских работников, имеющих право на получение денежных выплат в связи с выполнением государственного задания; проводят автоматизированную экспертизу законченных случаев диспансеризации работающих граждан.

К полномочиям юридического отдела относится правовая работа, направленная на укрепление законности в системе ОМС, улучшение экономических показателей в деятельности исполнительной дирекции и филиалов, защиту прав и законных интересов фонда застрахованных граждан [50].

К полномочиям общего отдела относят административно-

хозяйственное обслуживание, методическое руководство постановкой делопроизводства, организацию движения документов и контроль за их исполнением, ведение архивного дела, создание нормальных условий труда, материально-техническое обеспечение деятельности территориального фонда ОМС.

В составе территориального фонда ОМС по Белгородской области находятся 19 филиалов, которые сформированы по административно-территориальному признаку исполнительной власти, за исключением г. Белгорода, Белгородского и Красненского районов. Самые крупные филиалы - Старооскольский, Губкинский, Алексеевский, Валуйский, Шебекинский и Яковлевский.

Филиалы являются структурными подразделениями фонда, главной функцией которых является выполнение государственной политики по следующим направлениям:

1. Обеспечить реализацию Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

2. Создать механизм, который позволит обеспечить права застрахованных граждан при получении медицинской и лекарственной помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания жителям области бесплатной медицинской помощи.

3. Осуществлять контроль за исполнением договорных обязательств между субъектами ОМС при предоставлении медицинской помощи застрахованным гражданам.

4. Осуществлять мероприятия по достижению финансовой устойчивости системы ОМС.

К основным задачам филиалов относят:

1. Взаимодействовать с инспекциями ФНС РФ по сбору страховых взносов и погашению недоимки.

2. Участвовать в разработке и осуществлении мероприятий, направленных на реализацию государственной политики в части

совершенствования организации ОМС и защиты прав застрахованных.

3. Рассматривать обращения и жалобы застрахованных, анализировать их причины.

4. Взаимодействовать с заинтересованными учреждениями, общественными объединениями, государственными органами с целью выработки механизма реализации обеспечения прав застрахованных при получении медицинской помощи.

5. Принимать претензии от субъектов ОМС, обратившихся для разрешения спора, организовывать и совершенствовать процедуры досудебного урегулирования споров.

6. Оказывать консультативную помощь и проводить разъяснительную работу среди жителей городов и районов по вопросам ОМС.

7. Взаимодействовать с администрациями городов и районов, управлением здравоохранения, лечебно-профилактическими учреждениями, ассоциацией врачей по вопросам организации и совершенствования системы ОМС [50].

8. Контролировать целевое и рациональное использование финансовых средств ОМС.

Таким образом, взаимодействие филиалов с органами исполнительной власти, организаторами здравоохранения и активная разъяснительная работа среди населения способствуют росту авторитета системы ОМС, а также укрепляют институт защиты прав застрахованных граждан.

Из всего выше сказанного можно констатировать вывод о том, что ТФОМС Белгородской области – это особая система, в которой все отделы взаимосвязаны. От рационального состава подразделений органов управления, их связи между собой и взаимодействия с подчиненными в значительной степени зависит эффективность работы системы управления и функционирования всего фонда в целом.

Далее необходимо представить экономическую характеристику деятельности ТФОМС Белгородской области за 2014-2016 годы в таблице 3.

Экономические показатели бюджета ТФОМС Белгородской области
за 2014-2016 гг., тыс. руб.

Показатель	2014 год		2015 год		2016 год	
	План	Факт	План	Факт	План	Факт
1. Доходы бюджета ТФОМС	12428710,6	12434795,7	13011760,3	13028116,4	13280000,1	13390057,2
2. Расходы бюджета ТФОМС	12958202,0	12951800,2	13025263,7	12995252,5	13280000,1	13371841,6
3. Величина дефицита / профицита бюджета ТФОМС	-529491,4	-517004,5	-13503,4	32863,9	0	18215,6

В 2014 году наблюдается дефицит бюджета, а в 2015 году профицит в размере 32 млн. рублей. Остаток средств ОМС неизрасходованной субвенции 2015 года Федерального фонда ОМС подлежащий возврату в бюджет Федерального фонда ОМС, был возвращён в бюджет Федерального фонда в январе 2016 года в полном объёме.

Что касается 2016 года, то планировалось законопроектом бюджета выйти на нулевой результат по профициту и дефициту, но профицит все же образовался в размере 18215,6 тысяч рублей. Динамика профицита имеет тенденцию снижения по сравнению с 2015 годом и составила 44,57%. Для 2016 года характерно перевыполнение по статьям доходной части бюджета на 0,83%, а по статьям расходной части бюджета на 0,69%. Рассмотренные показатели положительно характеризуют результаты деятельности структурных подразделений территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области.

Далее необходимо представить диаграмму на рисунке 3, на которой наиболее наглядно отображено исполнение по доходам, расходам и профициту (дефициту) территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области за период с 2014 по 2016 год.

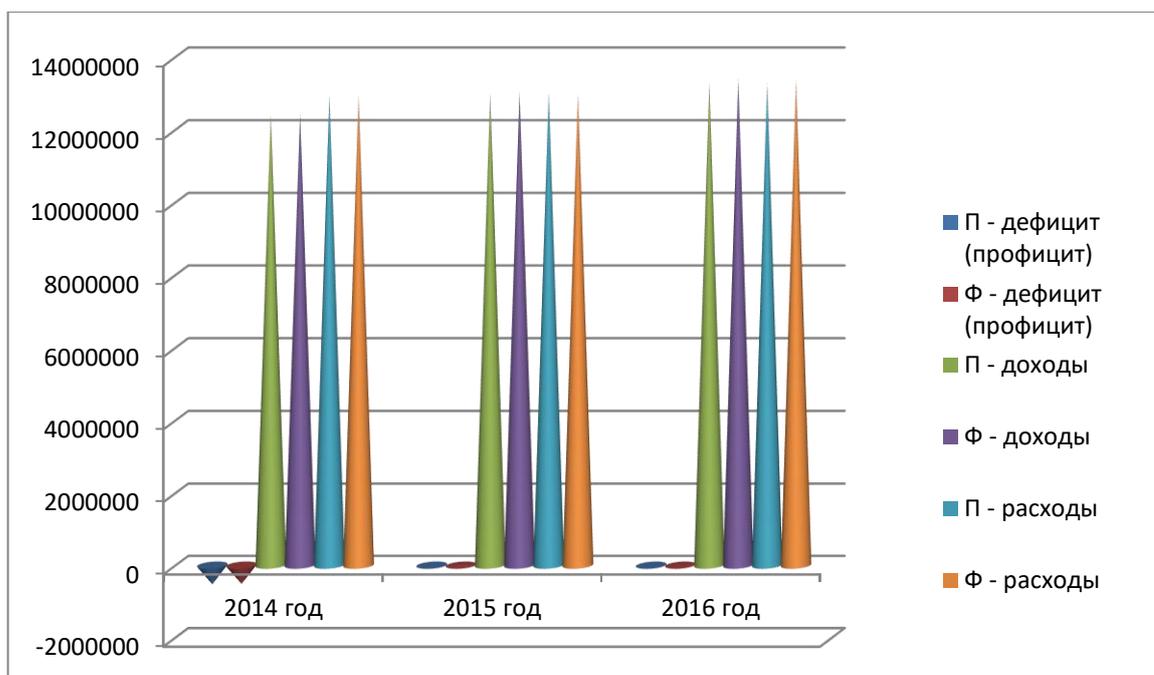


Рис. 3. Динамика плановых и фактических доходов, расходов и дефицита (профицита) бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области за 2014-2016 гг.

Обзор диаграммы позволяет констатировать вывод о том, что величины статей приблизительно одинаковы, явного преимущества какой-либо из статей бюджета не наблюдается.

Одной из статей доходов и расходов бюджета ТФОМС Белгородской области выступают межтерриториальные расчеты между регионами РФ.

В настоящее время ТФОМС Белгородской области осуществляет межтерриториальные расчеты с 86 территориальными фондами ОМС РФ. И последние 3 года свидетельствуют о том, что значительно выросло количество случаев по оказанию медицинской помощи гражданам Белгородского региона за его пределами – увеличение составило в 2,6 раза с 30446 случаев до 79930. Причинами такой тенденции является увеличение мобильности населения, оживление экономической ситуации в России и рост поездок на отдых, в учебных целях и на работу в другие субъекты.

В таблице 4 представлены межтерриториальные расчеты в стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Доля межтерриториальных расчетов в стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования за 2014-2016 годы

Год	Исполнение территориальной программы ОМС, (руб.)	Сумма средств, перечисленная по счетам в ТФОМС др. регионов, (руб.)	Доля межтерриториальных расчетов от исполнения бюджета, (%)
2014	9 814 805,0	145 601	1,5
2015	11 715 538,8	221 697	1,9
2016	12 902 958,1	320 272	2,5

Одной из основных статей расходов бюджета ТФОМС Белгородской области является финансирование расходов по программе ОМС, как составной части программы государственных гарантий оказания населению Белгородской области бесплатной медицинской помощи и в исследуемом периоде расходы составляют 77 % ее стоимости.

Анализ таблицы определил тенденции роста исполнения ТПОМС. С 2014 года по 2016 год финансирование ТПОМС возросло на 3 088 153,1 рублей, что соответствует возрастанию доли межтерриториальных расчетов от исполнения бюджета. В 2016 году доля межтерриториальных расчетов от исполнения бюджета составила 2,5 %.

Также в 2015 году было перечислено в территориальные фонды других субъектов на 52 % больше денежных средств, чем в 2014 году. В 2016г. в территориальные фонды других субъектов было перечислено средств на 58% больше, чем в 2015 году. Это произошло за счет увеличения финансирования как специализированной медицинской помощи, оказываемой в федеральных учреждениях, так и высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, отметим, что бюджет ТФОМС Белгородской области за 2014-2016гг. имеет незначительные изменения между утвержденными и израсходованными средствами. Далее более детально по статьям рассмотрим формирование доходов и направления расходования средств бюджета территориального фонда ОМС по Белгородской области.

2.2. Анализ формирования доходов территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области

Бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) представляет собой форму образования и расходования денежных средств, который формируется вне федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации и предназначен для реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Доходы ТФОМС формируются за счет следующих источников:

1. Субвенции на выполнение переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий в сфере ОМС.
2. Межбюджетные трансферты из бюджета субъекта РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в части базовой программы ОМС.
3. Платежи субъекта РФ на обеспечение функционирования территориальной программы ОМС, а также дополнительное финансирование на оказание медицинских услуг, не указанных в базовой программе ОМС.
4. Доходы от размещения свободных средств.
5. Средства, взимаемые со страхователей в виде пени и штрафов.
6. Добровольные пожертвования.

Бюджет ТФОМС Белгородской области составляется на один финансовый год, который соответствует календарному году и длится с 1 января по 31 декабря. Бюджет ТФОМС Белгородской области утверждается губернатором Белгородской области.

Ниже рассмотрим доходы Территориального фонда ОМС Белгородской области за 2014-2016 года.

Анализ любого вида бюджета необходимо проводить с анализа структурных и динамических показателей деятельности, которые позволят сформировать выводы об изменениях за период и удельном весе каждой

статьи бюджета в итоговом значении показателя по доходам.

Состав и структура бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования представлена в таблице 5.

Таблица 5

Состав и структура бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области за 2014-2016 гг.

Вид дохода	2014 год		2015 год		2016 год		Темп прироста уд. веса, в размах, в %
	Тыс. руб.	Уд. вес, %	Тыс. руб.	Уд. вес, %	Тыс. руб.	Уд. вес, %	
1. Неналоговые поступления и прочие доходы, поступающие в ОМС	670665,8	5,39	170839,8	1,31	263862,6	1,97	-2,7 раза
2. Средства ФФОМС, передаваемые бюджетам ТФОМС	11764129,9	94,61	12863760,3	98,74	13130000,1	98,06	+3,45
3. Доходы бюджетов ТФОМС от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	8484,0	0,07	852,1	0,01	2540,4	0,02	-0,05
4. Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, прошлых лет из бюджетов ТФОМС	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
5. Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, прошлых лет в бюджет ФФОМС	-8484,0	-0,07	-7335,7	-0,06	-6345,9	-0,05	+0,02
ИТОГО ДОХОДОВ:	12434795,7	100,0	13028116,4	100,0	13390057,2	100,0	-

Структура доходов бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области позволила определить, что наибольший удельный вес в структуре занимает статья «Средства федерального фонда обязательного медицинского страхования» - в 2014 году 94,61%, в 2015 году 98,74% и в 2016 году 98,06%. За период исследования прослеживается динамика роста удельного веса показателя на 3,45%. Вторым

по удельному весу показателем являются неналоговые поступления и прочие доходы с объемами поступлений в ОМС в 2014 году 5,39%, в 2015 году 1,31% и в 2016 году 1,97%. Снижение в динамике удельного веса за период составило 2,7 раза.

В следующей таблице 6 рассмотрена динамика доходов территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области.

Таблица 6

**Динамика доходов территориального фонда обязательного
медицинского страхования по Белгородской области**

ВИД ДОХОДА	2014 год	2015 год	2016 год	Абс. изменение, тыс. руб.	Темп прироста, в разах, в %
1. Неналоговые поступления и прочие доходы, поступающие в ОМС	670665,8	170839,8	266403,0	-404262,8	- 2,5 раза
2. Средства ФФОМС, передаваемые бюджетам ТФОМС	11764129,9	12863760,3	13130000,1	1365870,2	11,6
3. Доходы бюджетов ТФОМС от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	8484,0	852,1	2540,4	-5943,6	-3,5 раза
4. Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, прошлых лет из бюджетов ТФОМС	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
5. Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, прошлых лет в бюджет ФФОМС	-8484,0	-7335,7	-6345,9	2138,1	33,7
ИТОГО ДОХОДОВ:	12434795,7	13028116,4	13390057,2	955261,5	7,68

За период исследования с 2014 по 2016 год в динамике неналоговых поступлений и прочих доходов, поступающих в ОМС произошло снижение в 2,5 раза, объемы средств федерального фонда обязательного медицинского страхования, передаваемые бюджетам ТФОМС возросли на 11,6%, доходы бюджетов ТФОМС от возврата остатков субсидий, субвенций и иных

межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет снизились примерно в 3 раза. Итоговый показатель бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области «Итого доходов» увеличился на 7,68% и имеет ежегодный пророст примерно на 4%.

Исполнение доходной части бюджета Фонда характеризуется показателями, представленными в таблице 7.

Таблица 7

Показатели доходной части бюджета ТФОМС Белгородской области за 2013-2015 гг., тыс. руб.

Вид дохода	2014 год		2015 год		2016 год	
	План	Факт	План	Факт	План	Факт
1. Неналоговые поступления и прочие доходы, поступающие в ОМС	653580,7	670665,8	155898,1	170839,8	193734,8	263862,6
Абсолютное изменение	17085,1		14941,7		70127,8	
Процент исполнения, %	102,6		109,6		136,20	
2. Средства ФФОМС, передаваемые бюджетам ТФОМС	11775129,9	11764129,9	12861760,3	12863760,3	13090000,5	13130000,1
Абсолютное изменение	-11000,0		2000,0		39999,6	
Процент исполнения, %	99,9		100,02		100,3	
3. Доходы бюджетов ТФОМС от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	8062,5	8484,0	852,1	852,1	2245,5	2540,4
Абсолютное изменение	421,5		0,0		294,9	
Процент исполнения, %	105,2		100,0		113,1	
4. Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, прошлых лет из бюджетов ТФОМС	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0
Абсолютное изменение	0,0		0,0		0,0	
Процент исполнения, %	0,0		100,0		0,0	
5. Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, прошлых лет в бюджет ФФОМС	-8062,5	-8484,0	-6750,1	-7335,1	-5980,7	-6345,9
Абсолютное изменение	-421,5		585		-365,2	
Процент исполнения, %	105,2		108,7		106,1	
ИТОГО ДОХОДОВ:	12428710,6	12434795,7	13011760,3	13028116,4	13280000,1	13390057,2
Абсолютное изменение	6085,1		16356,1		110057,1	
Процент исполнения, %	100,05		100,1		100,8	

Годовые бюджетные ассигнования по доходам за 3 года исполнены с процентом, превышающим 100% к утвержденным плановым показателям. В 2014 году абсолютное изменение фактических доходов составило 6085,1 тысяч рублей или перевыполнение на 0,05%. В 2015 году отклонение от утвержденных значений составило 16 356,1 тыс. рублей и определило перевыполнение согласно плану на 0,1%. Что касается 2016 года, то прирост фактических доходов по сравнению с плановыми составил 110057,1 тысяч рублей, а перевыполнение по объемам доходов 0,8%.

Неналоговые поступления и прочие доходы, поступающие в ОМС за все исследуемые периоды характеризуются перевыполнением. Так, в 2014г. план перевыполнен на 17082,1 тыс. руб. или на 102,6%, в 2015г. на 14941,7 тыс. руб. или на 109,6%, а в 2016г. на 70127,8 тыс. руб. или на 136,20%.

Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, передаваемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в Белгородской области в 2014 году составили 11764129,9 тысяч рублей, что меньше запланированного объема на 11000,0 тысяч рублей и соответственно процент исполнения составил 99,9%. За 2015 году данный показатель составил 12863760,3 тысячи рублей, что на 2000,0 рублей больше от утвержденной суммы, а процент исполнения превышает 100% на 0,02%. В 2016 году разница между фактическим и запланированным объемом средств ФФОМС, передаваемых бюджетам ТФОМС составила 39999,6 тысяч рублей, а процент исполнения 100,3% с перевыполнением на 0,3%.

Доходы от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет имели фактическое исполнение в 2014г. 8484,0 тыс. руб. по сравнению с плановым размером 8062,5 тыс. руб., абсолютное изменение составило 421,5 тыс. руб., а процент исполнения 105,2%. В 2015г. запланированный показатель был исполнен в объеме 852,1 тыс. руб. с процентом исполнения 100%. В 2016 отмечено перевыполнение по исследуемой статье на 194,9 тыс.

руб. или на 13,1%. Данный показатель характеризует объемы возврата средств из бюджета Белгородской области согласно программы по модернизации и составляет 496,4 тысячи рублей. Также здесь учитывается часть единовременной компенсационной выплаты, которая получена медицинскими работниками в возрасте до 45 лет, которые прибыли на работу в сельский населенный пункт или приехали на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок в связи с прекращением трудового договора с учреждением (санаторий «Красиво») до истечения 5-летнего срока в соответствии с частью 12.2 статьи 51 ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об ОМС в РФ» в сумме 355,7 тыс. руб. в 2015г.

Так же в 2015г. возврат средств в бюджет Федерального фонда ОМС составил 7335,7 тыс. руб. Это остаток неизрасходованной субвенции 2014г. Федерального фонда ОМС в размере 2507,7 тыс. руб., средства по программе модернизации в сумме 496,4 тыс. руб. и возврат в сумме 355,7 тыс. руб. части единовременной компенсационной выплаты медицинскими работниками. Также на основании письма Федерального фонда ОМС от 19.05.2015 №3166/50-1/и в бюджет Федерального фонда ОМС произведен возврат дебиторской задолженности прошлых лет (возвраты по актам реэкспертизы, возврат средств, использованных не по целевому назначению, денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещении ущерба имуществу, зачисляемые в бюджеты территориальных фондов ОМС) в размере 3 975,9 тыс. руб.

Возврат средств в областной бюджет в результате неполного использования в 2015 году средств на оплату скорой медицинской помощи, получаемых из областного бюджета составил 0,1 тыс. рублей.

Таким образом, отметим, что процент перевыполнения по возвратам остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов прошлых лет в бюджет ФФОМС составил в 2014г. 105,2%, в 2015г. 108,7%, а в 2016г. 106,1%. В следующем пункте главы необходимо рассмотреть направления расходования средств бюджета ТФОМС по Белгородской области.

2.3 Оценка направлений использования бюджетных средств территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области

Денежные средства из бюджета ТФОМС Белгородской области расходуются по следующим направлениям:

1. Реализация территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС.

2. Выполнение управленческих задач фонда, в том числе, расходы на его функционирование.

Согласно классификации расходов расходы ТФОМС по Белгородской области разделены на 3 группы [50]:

1 группа включает расходы по финансовому обеспечению ОМС на территориях субъектов РФ. В нее включаются расходы на выплаты персоналу, по закупке товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд и иные бюджетные ассигнования.

2 группа расходов направлена на выполнение территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС. В нее включаются расходы по реализации государственной программы Белгородской области «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 годы», по подпрограмме «Совершенствование системы территориального планирования», по основному мероприятию «Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования», также в данную группу входят расходы по реализации функций органов власти Белгородской области, иные непрограммные мероприятия и расходы по финансовому обеспечению организации ОМС по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов, т. е это межбюджетные трансферты.

3 группа расходов включает расходы по межбюджетным трансфертам общего характера бюджетам субъектов РФ и муниципальных образований или финансовое обеспечение по непрограммным направлениям деятельности

органов управления фондами.

ТФОМС осуществляет финансирование страховых медицинских организаций на основании заключенных договоров. Поступившие из ТФОМС средства страховые медицинские организации направляют в медицинские организации на оплату медицинской помощи, формирование резервов, оплату расходов по ОМС, а также на заработную плату сотрудников страховой компании.

В таблице 8 рассмотрим структуру направлений расходования средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области за 2014-2016 гг. в разрезе трех групп расходов.

Таблица 8

Структура расходов бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области за 2014-2016 годы

Виды расходов	2014 год		2015 год		2016 год	
	Тыс. руб.	Уд. вес, %	Тыс. руб.	Уд. вес, %	Тыс. руб.	Уд. вес, %
1	2	3	4	5	6	7
1. Финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ, всего, в том числе:	68785,0	0,53	70294,4	0,54	75365,8	0,56
- расходы на выплаты персоналу	54560,7	0,42	56234,0	0,43	59455,0	0,44
- закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд	14184,4	0,11	14000,0	0,11	15858,2	0,12
- иные бюджетные ассигнования	39,9	0,00	60,4	0,00	52,6	0,00
2. Выполнение ТПОМС в рамках базовой программы ОМС, всего, в том числе:	12869015,2	99,36	12902958,1	99,29	13267475,8	99,22
- скорая медицинская помощь	835234,6	6,45	836112,5	6,43	900768,7	6,74
- медицинская помощь в амбулаторных условиях	4707952,5	36,35	4718436,5	36,31	4999129,8	37,39
- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	5828979,8	45,01	5848249,7	45,00	6070180,4	45,40
- медицинская помощь в условиях дневного стационара	1298561,9	10,03	1303648,1	10,03	1166029,4	8,72

Продолжение таблицы 8

1	2	3	4	5	6	7
- затраты на АУП в сфере ОМС	198286,4	1,53	196511,3	1,51	131367,5	0,98
3. Межбюджетные трансферты в бюджет Белгородской области на осуществление выплат медицинским работникам	14000,0	0,11	22000,0	0,17	29000,0	0,22
ИТОГО РАСХОДОВ:	12951800,2	100,0	12995252,5	100,0	13371841,6	100,0

Анализ структурных изменений расходов бюджета территориального фонда обязательного страхования Белгородской области позволил определить, что наибольший удельный вес приходится на 2 группу расходов – это «Выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования». Она занимает в структуре 99,36% в 2014 году, 99,29% в 2015 году и 99,22% в 2016 году. Первая и третья группа по удельному весу составляет менее 1% в общем объеме расходов без особых изменений динамики в течение исследуемого периода.

Необходимо более подробно остановиться на расходах по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Наибольший удельный вес приходится на статью «Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях» - это 45,01 в 2014 году, 45% в 2015 году и 45,4% в 2016 году. Вторым структурным показателем являются расходы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях с удельным весом в 2014 году 36,35%, в 2015 году 36,31% и в 2016 году 37,39%. Третьим показателем по удельному весу являются расходы по программе на медицинскую помощь в условиях дневного стационара. Они составили 10,03% в 2014 году, 10,03% в 2015 году и 8,72% в 2016 году. Завершающей статьёй в анализе структуры являются расходы по программе на скорую медицинскую помощь, которые составили 6,45% в 2014 году, 6,43% в 2015 году и 6,74% в 2016 году без значительного роста в динамике.

Далее в таблице 9 проведем анализ динамики расходов территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области за 2014-2016 годы.

Таблица 9

Динамика расходов территориального фонда обязательного медицинского страхования по Белгородской области за 2014-2016 годы

Виды расходов	2014 год	2015 год	2016 год	Изменение 2016 к 2014	
				тыс. руб.	%
1. Финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ, всего, в том числе:	68785,0	70294,4	75365,8	6580,8	9,6
- расходы на выплаты персоналу	54560,7	56234,0	59455,0	4894,3	8,9
- закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд	14184,4	14000,0	15858,2	1673,8	11,8
- иные бюджетные ассигнования	39,9	60,4	52,6	12,7	31,8
2. Выполнение ТПОМС в рамках базовой программы ОМС, всего, в том числе:	12869015,2	12902958,1	13267475,8	398460,6	3,1
- скорая медицинская помощь	835234,6	836112,5	900768,7	65534,1	7,8
- медицинская помощь в амбулаторных условиях	4707952,5	4718436,5	4999129,8	291177,3	6,2
- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	5828979,8	5848249,7	6070180,4	241200,6	4,1
- медицинская помощь в условиях дневного стационара	1298561,9	1303648,1	1166029,4	-132532,5	-10,2
- затраты на АУП в сфере ОМС	198286,4	196511,3	131367,5	-66918,9	-33,7
3. Межбюджетные трансферты в бюджет Белгородской области на осуществление выплат медицинским работникам	14000,0	22000,0	29000,0	15000	+2 раза
ИТОГО РАСХОДОВ:	12951800,2	12995252,5	13371841,6	420041,4	3,2

Что касается изучения динамики расходной части бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, то

согласно данным таблицы 9, большая часть расходов увеличилась не более чем на 10%. К таким статьям относятся финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ (+9,6%), расходы на выплаты персоналу (+8,9%), закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд (+11,8%), выполнение территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС (+3,1%), скорая медицинская помощь (+7,8%), медицинская помощь в амбулаторных условиях (+6,2%) и специализированная медицинская помощь в стационарных условиях (+4,1%). Рост в 2 раза отмечен по межбюджетным трансфертам из бюджета Белгородской области и иным бюджетным ассигнованиям на 31,8%. Снижение на 10,2% зафиксировано по статье медицинская помощь в стационарных условиях.

Анализ исполнения расходной части бюджета Фонда по направлениям использования средств представлен в таблице 10.

Таблица 10

Показатели исполнения расходной части бюджета ТФОМС Белгородской области за 2014-2016 годы

Наименование расходов	2014 год		2015 год		2016 год	
	План	Факт	План	Факт	План	Факт
1. Финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ	75991,0	68785,0	71417,8	70294,4	65425,8	75365,8
Абсолютное изменение, тыс. руб.	7206,0		-1123,40		9940,00	
Процент исполнения, %	-9,48		-1,57		15,19	
2. Выполнение ТПОМС в рамках базовой программы ОМС	12869018,3	12869015,2	12931845,9	12902958,1	13194574,3	13267475,8
Абсолютное изменение, тыс. руб.	-3,10		-28887,80		72901,50	
Процент исполнения, %	-0,01		-0,22		0,55	
3. Межбюджетные трансферты в бюджет Белгородской области на осуществление выплат медицинским работникам	25000,0	14000,0	22000,0	22000,0	20000,0	29000,0
Абсолютное изменение, тыс. руб.	-11000,00		0,00		9000,00	
Процент исполнения, %	-44,00		0,00		45,00	
Итого расходов:	12970009,3	12951800,2	13025263,7	12995252,5	13280000,1	13371841,6
Абсолютное изменение, тыс. руб.	-18209,10		-30011,20		91841,5	
Процент исполнения, %	-0,14		-0,23		0,69	

Фактические расходы Фонда за 2015 год составили 12 995 252,5 тыс. руб. или 99,8 % к утвержденным бюджетной росписью назначениям (за счет остатка средств субвенции на дополнительное финансовое обеспечение из средств нормированного страхового запаса ФФОМС предназначенных для оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями в размере 28 887,7 тыс. рублей и сложившейся экономии средств на содержание фонда – 1 123,4 тысяч.

Из таблицы представленной выше видно, что территориальная программа ОМС составила основную часть расходов бюджета Фонда за каждый исследуемый период (в 2014 году – 12,86 млрд. руб., в 2015 году - 12,90 млрд. руб., в 2016 году – 13,27 млрд. руб.). Недовыполнение зафиксировано в 2014 году на 0,01%, в 2015 году на 0,22%, а в 2016 году характерно перевыполнение на 0,55%.

Финансирование территориальной программы ОМС, за исследуемый период, осуществлялось исходя из дифференцированных подушевых нормативов для страховых медицинских организаций для финансового обеспечения ОМС с учетом численности застрахованного населения, возмещения медицинским организациям системы ОМС затрат по оплате стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Белгородской области. В 2016 году подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС составил 8438,9 тысяч рублей, а численность застрахованного населения составила 1555890 человек.

Средства, полученные на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в 2014 году составили 14000 тыс. руб. и не выполнены на 44%, в 2015 году в размере 22 000,0 тыс. рублей перечислены в бюджет Белгородской области в полном объеме, а в 2016 году перевыполнение на 45%.

Остаток средств ОМС неизрасходованной субвенции 2015 года Федерального фонда ОМС в размере 32 583,8 тыс. рублей подлежащий возврату в бюджет Федерального фонда ОМС согласно положениям пункта 5

статьи 242 Бюджетного кодекса Российской Федерации был возвращен в бюджет Федерального фонда в январе 2016 года в полном объеме.

Подводя итоги исследования, отметим, один известнейший финансист как – то заметил: каждое финансовое ведомство по сути – одна большая бухгалтерия. И в этом плане бухгалтерия территориального фонда ОМС является одним из важнейших его функциональных отделов. Ведь от того, каким будет конечный результат работы этого коллектива, зависит смысл деятельности всей системы управления.

С развитием системы ОМС все большее значение приобретали вопросы учета и контроля за целевым и рациональным использованием средств системы ОМС, которые рассматривались и решались с учетом происходящих в России процессов реформирования бухгалтерского учета и изменения налогового законодательства. В период создания системы ОМС работники бухгалтерской службы принимали непосредственное участие в разработке нормативно – методических документов по ведению бухгалтерского учета и составлению отчетности, основанных на единой методологии и учитывающих специфику системы ОМС.

За период существования территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области доходы выросли более чем в 140 раз. Для качественного, четкого ведения финансовых операций внедрена автоматизированная система бухгалтерского учета и отчетности. Сегодня в базе данных по организациям, с которыми отдел бухгалтерской службы имеет финансовые отношения, числится более тысячи контрагентов.

На протяжении всего периода фактическое исполнение доходной и расходной части бюджета, осуществляется в соответствии с утвержденными нормами, нормативами и сметой. Грамотно используются материальные, трудовые и финансовые ресурсы.

Случаи недостач, хищений денежных средств и ценностей, потерь от порчи материальных ценностей отсутствуют. С введением в 1998 году персонифицированного учета лекарственных средств, поступающих в

лечебные учреждения, бухгалтерской службой ведется контроль за исполнением договорных обязательств поставщиками.

Так осуществлена проверка выполнения более 1500 договоров, предъявлены и получены штрафные санкции за нарушение обязательств более 1,0 млн. рублей.

В тоже время, деятельность фонда ревизировалась 65 раз различными контролирующими органами, которыми было отмечено, что бухгалтерская служба фонда обеспечивает постоянный контроль за соблюдением законодательства РФ при осуществлении финансово – хозяйственных операций и их целесообразностью.

2.4. Мероприятия по увеличению доходов и повышению эффективности использования средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области

Формирование мероприятий по увеличению доходов и по повышению эффективности использования средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области начнем с рассмотрения перспективного плана работы обязательного медицинского страхования на 2017 год.

Начнем с изложения следующих целей реализации [47]:

1 Цель сводится к реализации государственной политики в сфере ОМС, которая включает следующие основные задачи:

- Необходимость подготовки предложений совершенствования законодательных и иных нормативных правовых актов, касающихся вопросов обязательного медицинского страхования;
- Необходимость издать нормативные правовые документы и методические указания;
- Реализовать региональную программу модернизации здравоохранения;
- Соблюдать требования по реализации государственных программ РФ

«Развитие здравоохранения».

2 Цель направлена обеспечить финансовую устойчивость по обязательному медицинскому страхованию, и включает следующую задачу:

- Аккумулировать и управлять финансовыми средствами обязательного медицинского страхования. Данная задача включает следующий перечень мероприятий:

1. Формирование системы мониторинга доходной части бюджета в системе обязательного медицинского страхования в части анализа доходной базы прошлых лет в целях прогнозирования перспективных значений.

2. Рассчитывать прогнозные поступления доходов в ТФОМС на очередной финансовый год и плановый период, поступления межбюджетных трансфертов.

3. Проводить кассовое исполнение планов бюджета ТФОМС на финансовый 2017 год и 2018 год.

4. Организовать работу и подготовку информации в части размещения временно свободных денежных средств ТФОМС для повышения эффективности их использования.

3 Цель заключается в участии по разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которая включает выполнение задачи по формированию и реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4 Цель содержит мероприятия по контролю за соблюдением субъектами и участниками медицинского страхования законодательной базы об обязательном медицинском страховании и контролю за целевым использованием средств обязательного медицинского страхования. Основная задача в данном направлении – это обеспечить реализацию законодательных и нормативных правовых актов в сфере ОМС. На реализацию поставленной задачи смогут повлиять следующие мероприятия:

- Осуществлять контроль по соблюдению субъектами и участниками

ОМС законодательных основ ОМС и по целевому использованию средств бюджета ТФОМС, а также по реализации утвержденной программы и перечня мероприятий модернизации здравоохранения.

- Утверждать типовые программы по проверке соблюдения законов ОМС и использованию финансовых средств ОМС.

- Формировать мероприятия по мониторингу исполнения страхователями для неработающих граждан законов об ОМС и выполнению ТФОМС функций администратора доходов, которые поступают в виде страховых взносов на ОМС неработающих граждан.

- Проводить мониторинг по качеству финансового менеджмента ТФОМС в целях повышения эффективности расходной части бюджета.

- Согласовывать нормативы по расходованию средств в целях обеспечения выполняемых функций ТФОМС в очередном бюджетном периоде.

- Осуществлять внутренний финансовый контроль за бюджетными процедурами, которые имеют отношение к деятельности ТФОМС.

- Проводить процедуры по внутреннему финансовому аудиту ТФОМС.

5 Цель призвана формировать отчеты по деятельности сферы ОМС и аналитические материалы. Задачей по достижению данной цели является сбор и анализ информации о деятельности в сфере ОМС. Для решения поставленной задачи необходимо осуществлять:

- Мероприятия по мониторингу заработной платы медицинского персонала сферы ОМС.

- Мероприятия по мониторингу объема и стоимостных характеристик высокотехнологичных видов медицинской помощи, которые оказываются медицинским организациям в рамках базовой системы ОМС.

- Мероприятия по сбору, обобщению и анализу информации, которая содержится в форме «Отчет об использовании субвенций, которые предоставлены из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС».

- Мероприятия по сбору, обобщению и анализу информации по форме

«Отчет об использовании средств на цели, которые предусмотрены частью 12.1 статьи 51 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

- Мероприятия по сбору и анализу информации согласно формы «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями» и «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС».

- Мероприятия по сбору и обобщению информации «Сведения о численности лиц, застрахованных по ОМС», «Сведения по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения» и Организация защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС».

6 Цель заключается в проведении научно-исследовательской работы, подготовке кадров для ТФОМС, организации международного сотрудничества в сфере ОМС. Для реализации поставленной цели необходимо решать задачи по научно-исследовательской работе по вопросам ОМС и задачи организации по подготовке и дополнительному профессиональному образованию работников ТФОМС, а также участников ОМС для достижения целей по осуществлению деятельности в сфере ОМС.

7 Цель определяет общие принципы по построению функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере ОМС. В данном направлении необходимо:

- Вести единый реестр застрахованных лиц в сфере ОМС.
- Вести реестр в системе ОМС.

8 Цель подразумевает мероприятия по обеспечению реализации положений закона от 03 июля 2016 г. №286-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и отдельные законодательные акты РФ.

9 Цель формирует мероприятия по защите сведений, которые составляют информацию ограниченного доступа.

10 Цель формирует мониторинг мероприятий по обеспечению реализации положений Федерального закона от 25 декабря 2008 №273-ФЗ «О

противодействию коррупции».

Более наглядно цели перспективного плана работы обязательного медицинского страхования на 2017 год представлены на рисунке 4.

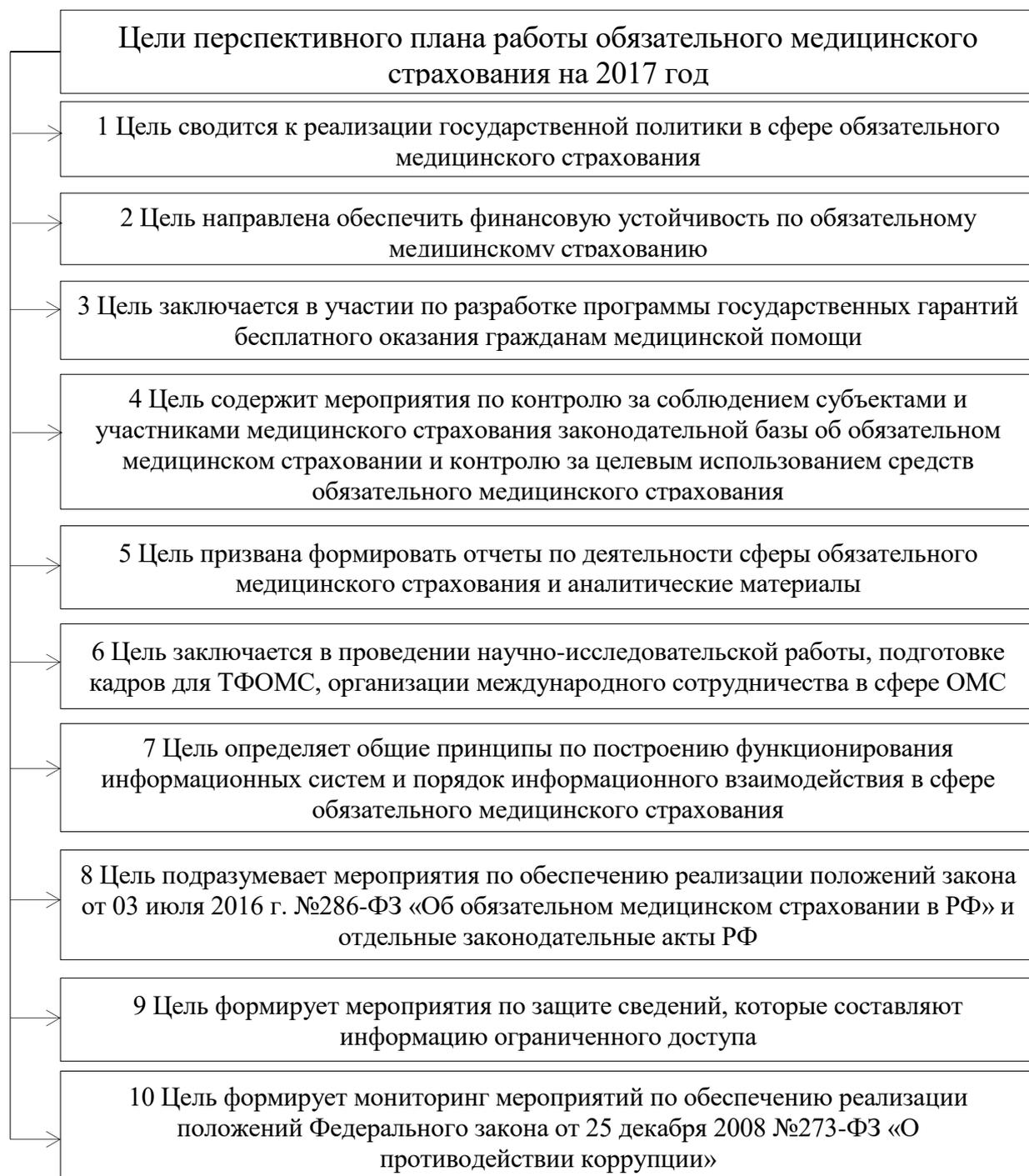


Рис. 4. Цели перспективного плана работы обязательного медицинского страхования на 2017 год

Далее рассмотрим утвержденные характеристики доходов и расходов ТФОМС по Белгородской области на 2017-2019 годы в таблицах 11 и 12.

Дефицит бюджета в 2017 году составит 33566,3 тыс. рублей, в 2018 и

2019 годах планируется достичь нулевого результата по уровню доходов и расходов территориального фонда ОМС по Белгородской области.

Таблица 11

Утвержденные характеристики доходов ТФОМС по
Белгородской области на 2017-2019 годы

Вид дохода	2017 год	2018 год	2019 год
1. Безвозмездные поступления, всего, в том числе:	14075558,4	16365372,7	17209459,7
1.1. Субвенции бюджетам ТФОМС на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ	13875758,4	16189372,7	17028219,7
1.2. Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам ТФОМС на осуществление единовременных выплат медицинским работникам	30000,0	-	-
1.3. Прочие межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам территориальных фондов ОМС	169800,0	176000,0	181240,0
ВСЕГО ДОХОДОВ:	14075558,4	16365372,7	17209459,7

Утверждены бюджетные ассигнования на формирование нормированного страхового запаса Фонда на 2017 год в объеме 510000,0 тысяч рублей, на 2018 год в объеме не превышающем 477000,0 тысяч рублей, а на 2019 год в объеме не превышающем 490000,0 тысяч рублей.

Таблица 12

Утвержденные характеристики расходов ТФОМС по
Белгородской области на 2017-2019 годы

Вид расходов	2017 год	2018 год	2019 год
1	2	3	4
1. Общегосударственные вопросы, всего, в т. ч.:	74433,5	75000,0	75000,0
- Обеспечение функций деятельности органов управления внебюджетных фондов (расходы на выплату персоналу)	58740,6	58740,6	58740,6
- Обеспечение функций деятельности органов управления внебюджетных фондов (закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных нужд)	15639,6	16206,1	16206,1
- Обеспечение функций деятельности органов управления внебюджетных фондов (иные бюджетные ассигнования)	53,3	53,3	53,3
2. Здравоохранение, всего, в том числе:	14034691,2	16290372,7	17134459,7
2.1. Государственная программа Белгородской области «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 г.», в т. ч.:	13604691,2	15843372,7	16687459,7

Продолжение таблицы 12			
1	2	3	4
2.1.1. Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», в том числе:	30112,0	35114	40116
- Основное мероприятие «Повышение квалификации и профессиональная подготовка и переподготовка кадров»	112,0	114,0	116,0
- Основное мероприятие «Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам»	30000,0	35000,0	40000,0
2.1.2. Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования», в том числе:	13574579,2	15808258,7	16647343,7
- Социальное обеспечение и иные выплаты населению	7468,5	8543,6	9356,9
- Основное мероприятие «Финансовое обеспечение ОМС»	13555479,9	15786154,2	16621416
- Закупка оборудования (включая медицинское)	11630,8	13560,9	16570,8
2.2. Финансовое обеспечение организации ОМС по непрограммным направлениям деятельности (межбюджетные трансферты)	430000,0	447000,0	447000,0
ВСЕГО РАСХОДОВ:	14109124,7	16365372,7	17209459,7

Средства нормированного страхового запаса могут быть использованы:

- На цели обеспечения финансовой реализации территориальной программы ОМС в виде дополнительного финансирования страховых медицинских организаций.
- Взаиморасчета за оказание медицинских услуг, оказываемых застрахованным лицам за пределами территории, где выдавался полис ОМС.
- Финансирование мероприятий, связанных с организацией дополнительного профессионального образования медицинских работников согласно программ по повышению квалификации, а также покупке и ремонту медицинского оборудования.

В заключение отметим, что на 2017 год утвержден норматив расходов на ведение дела по ОМС для страховых медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС Белгородской области, в размере 1% от объема средств, поступивших из бюджета Фонда по дифференцированным подушевым нормативам.

2.5. Совершенствование системы управления финансами государственных учреждений здравоохранения

В целях повышения качества финансового менеджмента в бюджетном секторе важно усилить ответственность органов исполнительной власти и бюджетных учреждений за результативность бюджетных расходов.

Субъекты Федерации и муниципальные образования самостоятельны в определении перечня целевых программ из-за разных приоритетов социально-экономического развития, различий в структуре органов государственной власти и органов местного самоуправления. При формировании порядка разработки, реализации и оценки целевых программ субъекты Федерации и муниципальные образования должны найти баланс между подходами федерального уровня власти, спецификой территории и особенностями существующей системы государственного (муниципального) управления ее социально-экономическим развитием.

Современная бюджетная реформа направлена на внедрение программного бюджета в качестве основного инструмента повышения эффективности бюджетных расходов, открытости и прозрачности деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления для обеспечения долгосрочных целей социально-экономического развития.

В последние годы органы власти различных уровней вынуждены ограничивать рост бюджетных расходов на фоне неблагоприятной экономической конъюнктуры. Важнейшим условием развития бюджетной системы Российской Федерации в такой ситуации является повышение эффективности использования бюджетных средств. Расходы на здравоохранение занимают около четверти расходов территориальных бюджетов.

В трудах А.В. Решетникова и других авторов раскрыты подходы к определению эффективности в учреждениях здравоохранения. Однако

зачастую в работах на эту тему рассматриваются отдельные направления, например, определение эффективности использования финансовых средств, медицинской техники, коечного фонда и прочее.

По нашему мнению, бюджетный риск количественно характеризуется субъективной вероятностной оценкой, то есть ожидаемой величиной наиболее вероятностного максимального и минимального уровня собираемости доходов и финансирования расходов по сравнению со сметой, планом, утвержденными по бюджету ассигнованиями.

Увеличение прозрачности финансовой деятельности – важное условие развития системы ОМС. Информация, получаемая из ТФОМС, обо всех источниках финансирования в ЛПУ видов расходов, на которые в первую очередь должны направляться средства ОМС, чрезвычайно важна, так как позволяет объективно оценивать возможности самой системы ОМС (покупателя лечебно-профилактической помощи) и продавца медицинской помощи (ЛПУ) [37].

Основной стратегией развития отрасли в сложившихся условиях является поиск внутренних резервов финансовых ресурсов.

Повышение эффективности оказания медицинской помощи в ЛПУ достигается путем интенсификации лечебно-диагностического и реабилитационного процессов, использования этапности в процессе лечения пациента. Так, появились дневные стационары (полустационары) и стационары на дому, позволяющие организовать интенсивное лечение при различных заболеваниях, не требующих обязательной госпитализации. Финансовые затраты при лечении больных в дневных стационарах в 2,2-2,5 раза ниже, чем при круглосуточном пребывании в стационаре.

Основные направления по повышению эффективности финансовых мероприятий СМО представлены на рисунке 5.

Перспективным направлением является предъявление исков по ущербу здоровью застрахованных вследствие воздействия условий труда, экологических причин, неправильного лечения и т.п.

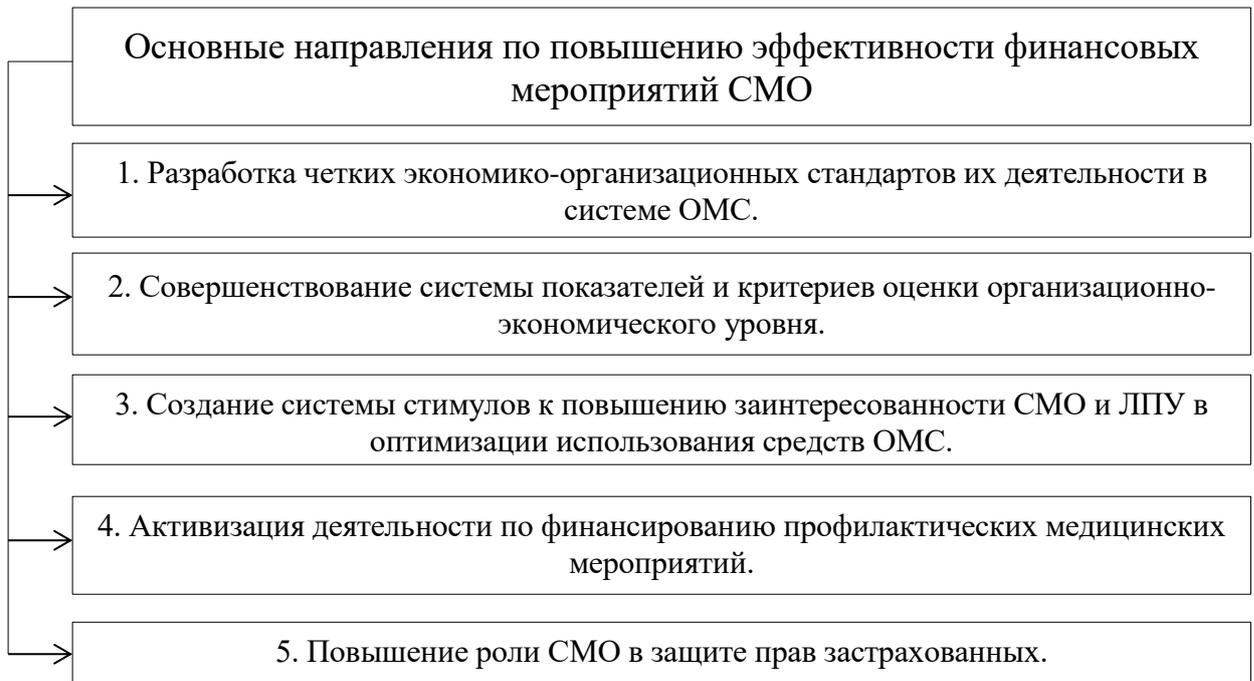


Рис. 5. Основные направления по повышению эффективности финансовых мероприятий СМО

Повышение прозрачности финансового планирования ЛПУ как основного механизма оказания услуг является важным моментом взаимодействия СМО и ЛПУ. Наличие в СМО финансовых планов и материалов о результатах деятельности медицинских учреждений в сочетании с возможностью непосредственно контролировать объемы и качество оказания лечебно-профилактической помощи в различных ЛПУ определяют значительную потенциальную роль СМО в повышении эффективности системы ОМС.

Проведенное исследование позволило определить три основных направления развития отечественной системы финансирования здравоохранения. При этом только два последних из них определяют предпосылки для развития добровольного медицинского страхования на более высоком уровне:

1. Сохранение текущего курса по развитию обязательного медицинского страхования без законодательных послаблений для добровольного медицинского страхования.

2. Создание условий для развития долгосрочного накопительного

добровольного медицинского страхования на основе германской модели финансирования здравоохранения.

3. Создание системы финансирования здравоохранения со значительным участием населения в софинансировании медицинской помощи на основе опыта Франции.

Для каждого из предложенных направлений были разработаны конкретные предложения по трансформации отечественной системы финансирования здравоохранения.

При сохранении текущего курса на превалирующее развитие обязательного медицинского страхования без законодательных послаблений для добровольного медицинского страхования список мероприятий, направленных на стимулирование его развития, значительно ограничен. Тем не менее, среди наиболее действенных мероприятий предлагается:

1. Вести разработку и активное внедрение по программам тяжелых заболеваний, которые имеют повышенные риски при проявлении у граждан нашего государства или конкретного субъекта Федерации.

2. Ввести законодательную обязанность за предприятиями, которые трудоустраивают миграционное население, по обеспечению полюсами по добровольному медицинскому страхованию для рисков скорой помощи.

3. Увеличивать нормы отчислений страховых премий добровольного медицинского страхования на себестоимость с превышением 6% от совокупного фонда оплаты труда для предприятий малого и среднего бизнеса.

4. Применение страховщиками мероприятий информирования возможных клиентов – физических лиц о том, что имеется возможность получить налоговый вычет на медицинские расходы и взносы по добровольному страхованию размером не более 120 тыс. руб.

5. Отработка государственными органами механизмов возмещения обозначенных налоговых вычетов.

6. Конкретизировать обязательства государства в части условий обеспечения населения услугами по программам обязательного медицинского

страхования, так и в части финансирования медицинской помощи.

Для внедрения долгосрочного накопительного добровольного медицинского страхования в Российской Федерации необходимо принятие отраслевого закона, который бы четко определял место добровольного медицинского страхования в структуре источников финансирования здравоохранения, либо внесение следующих поправок в существующий ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об ОМС граждан в РФ» (рисунок 6).

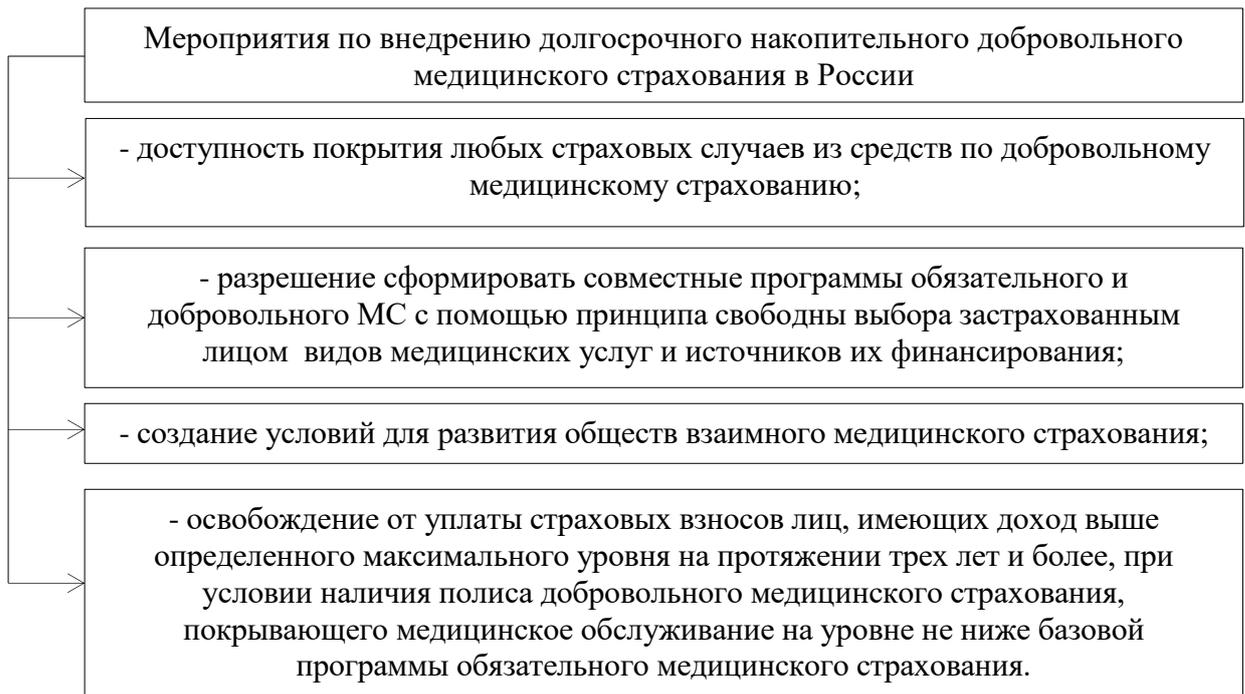


Рис. 5. Мероприятия по внедрению долгосрочного накопительного добровольного медицинского страхования в России

Внедрение накопительного добровольного медицинского страхования в Российской Федерации должно стать не окончательной мерой, а лишь трамплином, который подготовит население страны к очередному этапу реформы системы финансирования здравоохранения.

Финальный этап реформы должен заключаться в переходе к французской модели финансирования здравоохранения.

В долгосрочной перспективе опыт Франции предпочтительнее, поскольку в этой стране смогли достичь максимально широкого обеспечения населения качественными медицинскими услугами при минимальном количестве «листов ожидания». Дефицит финансирования медицинской

помощи, тем не менее, присутствует. По результатам опросов ВОЗ, французы являются наиболее удовлетворенной своим здравоохранением нацией в сравнении с другими европейскими странами.

Если учесть эффективный опыт формирования французской системы здравоохранения, то в России необходимо:

1. Введение долевого участия граждан и работодателей при финансовом обеспечении медицинских услуг. Объем каждого участника должен увеличиваться постепенно с достижением точки равновесия.

2. Широко применять систему франшизных платежей.

3. Введение единого страхового сбора, который вычитается из прибыли предприятия по прогрессивной тарифной сетке, исходя из уровня доходов в отрасли по прошлому году и отмена страховых взносов на ОМС работающих граждан.

Таким образом, проведенное статистическое исследование показало, что самыми прогрессивно развивающимися и социально эффективными в мире являются страховые системы финансового обеспечения здравоохранения, так как они обеспечивают высокий уровень доступности бесплатных медицинских услуг всем слоям общества с высоким уровнем качества. Но имеется одна основная проблема при применении этих систем – они являются дорогостоящими, что формирует постоянный рост дефицита в результате исполнения принятых обязательств по государственным гарантиям. И далее в сложившихся условиях неизбежно возникновение необходимости развивать альтернативные государственные источники финансового обеспечения медицинских услуг. В данном случае создать условия по развитию системы добровольного медицинского страхования станет основным рычагом в проводимой реформе российской системы здравоохранения и снижения нагрузки на обязательную систему медицинского страхования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование, касающееся проблем по формированию и использованию средств бюджета ТФОМС по Белгородской области позволило определить следующие ключевые выводы.

Общий практический вывод позволил определить острую нехватку средств в системе ОМС и у государства стоит на повестке ряд вопросов по расширению источников финансирования. В связи, с чем увеличивается спектр платных медицинских услуг в сфере здравоохранения.

По результатам теоретического исследования отмечается несбалансированность отрасли здравоохранения и первой причиной этого является недостаток государственного финансирования. Удельный вес в здравоохранении добровольного вида составляет 2,7%, а в странах лидерах 7,24%. И приоритетом реформирования для России должен стать переход от системы платных услуг в здравоохранении к системе добровольного страхования.

По результатам практической части данной работы отмечены следующие моменты:

1) В 2014 и 2016 годах имеет место дефицит бюджета ТФОМС по Белгородской области, а 2015 году характерно образование профицита.

2) Наибольший удельный вес в структуре доходов бюджета занимает статья «Средства федерального фонда обязательного медицинского страхования». И он составляет 94,61% в 2014 году, 98,74% в 2015 году и 98,06% в 2016 году. Прослеживается динамика роста удельного веса показателя на 3,45%.

3) За период исследования с 2014 по 2016 годы в динамике неналоговых поступлений и прочих доходов произошло снижение в 2,5 раза, а объемы средств ФФОМС возросли на 11,6%.

4) Итоговый показатель бюджета ТФОМС по Белгородской области «Итого доходов» увеличился на 7,68% и имеет ежегодный прирост примерно

на 4%.

5) Годовые бюджетные ассигнования по доходам за 3 года исполнены с процентом, превышающим 100% к утвержденным плановым показателям. В 2014 году перевыполнение составило 0,05%, в 2015 году 0,1%, а в 2016 году 0,8%.

6) Анализ структурных изменений расходов бюджета ТФОМС по Белгородской области позволил определить, что наибольший удельный вес приходится на 2 группу расходов – это «Выполнение территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС». Она занимает в структуре 99,36% в 2014 году, 99,29% в 2015 году и 99,22% в 2016 году. Первая и третья группа расходов по удельному весу составляет менее 1% в общем объеме расходов без особых изменений динамики в течение исследуемого периода.

7) Анализ территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС показал, что наибольший удельный вес приходится на статью «Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях» - это 45,01% в 2014 году, 45% в 2015 году и 45,4% в 2016 году. Вторым структурным показателем являются расходы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях с удельным весом в 2014 году 36,35%, в 2015 году 36,31% и в 2016 году 37,39%. Третьим показателем по удельному весу являются расходы по программе на медицинскую помощь в условиях дневного стационара. Они составили 10,03% в 2014 году, 10,03% в 2015 году и 8,72% в 2016 году. Расходы на скорую помощь имеют удельный вес, равный 6,45% в 2014 году, 6,43% в 2015 году и 6,74% в 2016 году без значительного оста в динамике.

8) В динамике большая часть расходов увеличилась на 10%.

На заключительном этапе рассмотрены мероприятия по увеличению доходов и повышению эффективности расходования средств бюджета, а также совершенствование системы управления финансами государственных учреждений здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об обязательном медицинском страховании [Текст]: федер. закон от 29 ноября 2010 г. (с изменениями и дополнениями, вступивший в силу с 01.12.2014г.). № 326-ФЗ // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство».
2. Министерство Финансов РФ [Электронный ресурс]: Режим доступа: [http:// www.minfin.ru](http://www.minfin.ru), свободный.
3. Научная электронная библиотека [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://elibrary.ru>, свободный.
4. РосМедСтрах. Медицинское страхование в России [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.rosmedstrah.ru>, свободный.
5. Фонд обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.ffoms.ru>, свободный.
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru>, свободный.
7. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.belfoms.ru> , свободный.
8. Бюджетный кодекс Российской Федерации [Текст] : офиц. текст от 31 июля 1998 г. (в редакции от 30.11.2016 г.). № 145-ФЗ // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство».
9. Азаренкова, Г.М. Анализ особенностей краудфандинга как способа привлечения средств в финансовый проект начинающих предпринимателей [Текст] / Г.М. Азаренкова, Н.С. Мельникова // Сборник научных трудов «Финансово-кредитная деятельность: проблемы теории и практики», 2017. – С. 91-96
10. Аскеров, П.Ф. Общая и прикладная статистика [Текст]: Учебник / П.Ф. Аскеров. – Инфра-М. – 2017. – 420 с.

11. Ашмарина, Е.М. Финансовое право [Текст]: Учебник для академического бакалавриата / Е.М. Ашмарина. – Юрайт. - 2017. – 430 с.
12. Белов, П.Г. Управление рисками, системный анализ и моделирование в 2-х томах [Текст]: Учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры (количество томов: 2) / П.Г. Белов. – Юрайт. – 2015. – 560 с.
13. Булатов, А.С. Макроэкономика [Текст]: Учебник для прикладного бакалавриата / А.С. Булатов. – 2017. – 560 с.
14. Быкова, Т.А. Документационное обеспечение управления (делопроизводство) [Текст]: Учебное пособие / Т.А. Быкова, Т.В. Кузнецова, Л.В. Санкина. – Инфра-М. – 2017. – 340 с.
15. Войтоловский, Н.В. Экономический анализ 4-е изд., пер. и доп. [Текст]: Учебник для бакалавров. – М.: Издательство Юрайт. – 2017. – 320 с.
16. Vaganova, O.V. The analysis of indicators of social development in the macro region (on the example of the central federal district)//Vaganova O.V., Kucheryavenko S.A., Vykanova N.I., Stenyushkina S.G. Научный результат. Серия: Экономические исследования. 2016. Т. 2. № 3. С. 29-37.
17. Vaganova O.V., Vladyka M.V., Balabanova V., Kucheryavenko S.A., Galtsev A.V. Management of innovative process in the economy at the regional level // [International Business Management](#). – 2016. – № 10. – С. 3443.
18. Vladyka M.V., Kucheryavenko, O.V. Vaganova, S.A., Sivtsova, N.F., Borodin, A.I. Investments as an Accelerator of Regional Innovation Development// [International Business Management](#). – 2016. - №10 (19). - P. 4592-4596.
19. Григорьева, Т.И. Финансовый анализ для менеджеров: оценка, прогноз [Текст]: Учебник для бакалавриата и магистратуры / Т.И. Григорьева. – Юрайт. – 2017. – 179 с.
20. Голодов, С.В. Статистическое моделирование инновационных процессов [Текст] / С.В. Голодов // Экономика и управление: проблемы, решения. - 2014. - №3. - С.163-167.
21. Данилов, А.В. Некоторые аспекты связи научно-технического прогресса в оказании медицинских услуг и структурных преобразований в

сфере здравоохранения [Текст] / А.В. Данилов, К.Б. Московченко // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. - №2. – С. 32-40.

22. Долгова, В.Н. Социально-экономическая статистика [Текст]: Учебник и практикум для академического бакалавриата / В.Н. Долгова. – Издательство Юрайт. – 2016. – 390 с.

23. Жегалова, Е.В. Тенденции развития и пути повышения финансовой стабильности страхового рынка России в современных условиях [Текст] / Е.В. Жегалова // Вестник Самарского экономического университета. - 2010. - №4. - С. 30-32.

24. Жильцов, Е.Н. Экономика и управление социальной сферой [Текст]: Учебник для бакалавров. – Дашков и К. – 2015. – 320 с.

25. Зарова, Е.В. Методология количественных исследований в трудах академика Л.И. Абалкина [Текст] / Е.В. Зарова // Вестник Российского экономического университета имени Г.В. Плеханова. - 2013. - №8. - С. 15-20.

26. Зарова, Е.В. Оперативный мониторинг социально-экономического развития субъектов РФ в системе государственного стратегического планирования [Текст] / Е.В. Зарова // Вопросы статистики. - 2013. - №4. - С. 16-21.

27. Зарова, Е.В. Сбалансированная система показателей развития региона: статистическое обоснование и эконометрическое моделирование [Текст] / Е.В. Зарова, Р.А. Проживин // Вопросы статистики. - 2008. - №8. - С. 59-66.

28. Икрина, М.С. Бюджетная система и система налогов и сборов Российской Федерации [Текст]: Учебник для магистратуры. – Инфра-М, Норма. – 2017. – 410 с.

29. Климович, В.П. Финансы, денежное обращение и кредит [Текст]: Учебник. – Форум. – 2017. – 360 с.

30. Колесов, В.П. Мировая экономика. Экономика стран и регионов [Текст]: Учебник для академического бакалавриата / В.П. Колесов. – Юрайт. -

2017. – 370 с.

31. Крючкова, Н.А. Страхование услуги: сущность, тенденции и условия развития [Текст] / Н.А. Крючкова // Крымский экономический вестник. - 2012. - №1. - С. 337-339.

32. Кушлин, В.И. Государственное регулирование экономики [Текст]: Учебник / В.И. Кушлин. – Экономика. – 2016. – 320 с.

33. Лисицына, Е.В. Финансовый менеджмент [Текст]: Учебник / Е.В. Лисицына, Т.В. Ващенко, М.В. Забродина. – НИЦ Инфра-М. – 2017. – 340 с.

34. Любецкий, В.В. Мировая экономика и международные экономические отношения [Текст]: Учебник / В.В. Любецкий. – НИЦ Инфра-М. – 2017. – 250 с.

35. Молчанова, О.П. Стратегический менеджмент некоммерческих организаций [Текст]: Учебник для бакалавриата и магистратуры / О.П. Молчанова. – Юрайт. - 2017. – 280 с.

36. Назарова, В.В. Конкурентная стратегия для добровольного медицинского страхования [Текст]: Учебное пособие / В.В. Назарова. - СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге. - 2011. - 232 с.

37. Перстенева, Т.В. Теоретические основы статистического анализа трансформации социально-экономических систем [Текст] / Т.В. Перстенева // Экономика и управление собственностью. - 2011. - №4. - С. 24-27.

38. Поляк, Г.Б. Бюджетная система Российской Федерации [Текст]: Учебник для бакалавров. – Проспект. – 2016. – 460 с.

39. Родина, Г.А. Макроэкономика [Текст]: Учебник и практикум для прикладного бакалавриата / Г.А. Родина. – Юрайт. – 2017. – 480 с.

40. Сибирская, Е.В. Методология стратегического развития экономической системы региона [Текст] / Е.В. Сибирская // Теоретические и прикладные вопросы экономики и сферы услуг. - 2012. - №9. - С. 24-27.

41. Слагода, В.Г. Экономическая теория [Текст]: Учебник / В.Г. Слагода. – Форум. – 2017. – 420 с.

42. Соколова, И.В. О бюджете Федерального фонда обязательного

медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов [Текст] / И.В. Соколова // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. - №1. – С. 28-33.

43. Стадченко, Н.Н. Страховая модель финансирования медицины оптимальна для России [Текст] / Н.Н. Стадченко // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. - №1. – С. 18-22.

44. Трегубова, А.А. Оценка потенциальных возможностей рынка индивидуального добровольного медицинского страхования [Текст] / А.А. Трегубова // Проблемы федеральной и региональной экономики: ученые записки. - 2012. - №15. - С. 120-128.

45. Трегубова, А.А. Развитие рынка добровольного медицинского страхования: анализ и моделирование спроса и предложения [Текст] / А.А. Трегубова // Анализ, прогнозирование и регулирование социальной устойчивости регионов: коллективная монография. - СПб.: Лема. - 2012. - С. 209-226.

46. Трегубова, А.А. Статистическая оценка влияния социально-экономических и демографических характеристик на пенсионные стратегии [Текст] / А.А. Трегубова // Учет и статистика. - 2014. - №3. - С. 54-62.

47. Устюгов, А.В. О внесении изменений в законодательство об обязательном медицинском страховании [Текст] / А.В. Устюгов // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. - №1. – С. 52-55.

48. Титов, А.Б. Некоторые аспекты функционирования региональной инновационной системы на примере Белгородской области / Титов А.Б., Ваганова О.В. Известия Байкальского государственного университета. 2016. Т. 26. № 4. С. 550-556.

49. Титов, А.Б. Методический подход к определению перспективных отраслей региона в условиях турбулентности экономики /Титов А.Б., Ваганова О.В.// Научный результат. Серия: Экономические исследования. 2015. Т. 1. № 3 (5). С. 56-63.

50. Харман, Г. Современный факторный анализ [Текст]: Учебник / Г. Харман. - М.: Статистика. - 2012. - 486 с.

51. Хохлова, О.А. Статистическое исследование страхования жизни [Текст] / О.А. Хохлова // Вопросы статистики. - 2010. - №6. - С. 35-42.

52. Хохлова, О.А. Методологические вопросы оценки уровня социально-экономического развития региона [Текст] / О.А. Хохлова // Вопросы статистики. - 2011. - №1. - С. 58-65.

53. Хохлова, О.А. Инвариантное содержание развития региональных экономических систем [Текст] / О.А. Хохлова // Вестник Российского экономического университета им. Г.В. Плеханова. - 2014. - №3. - С. 65-77.

54. Черемисина, Н.В. Демографическая ситуация в современной России [Текст] / Н.В. Черемисина // Социально-экономические явления и процессы. - 2014. - №8. - С. 48-53.

55. Черемисина, Н.В. Труд и занятость в России: экономико-статистический анализ [Текст] / Н.В. Черемисина // Социально-экономические явления и процессы. - 2014. - №10. - С. 122-130.

56. Черемисина, Н.В. Экономическая активность населения Тамбовской области: экономико-статистический анализ [Текст] / Н.В. Черемисина // Социально-экономические явления и процессы. - 2013. - №6. - С. 125-131.

57. Эльдяева, Н.А. Многомерный анализ влияния миграции на социально-экономическое развитие регионов [Текст] / Н.А. Эльдяева // Экономика, статистика и информатика. Вестник УМО. - 2013. - №6. - С. 121-126.

ПРИЛОЖЕНИЯ