

Министерство образования и науки РФ
Автономная некоммерческая организация высшего образования
Самарский университет государственного управления
«Международный институт рынка»
Факультет заочного обучения
Кафедра банковского дела
Программа высшего образования
Направление подготовки 38.03.01 «Экономика»
Профиль «Финансы и кредит»

ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой:
к.э.н. Ситнов В.В.

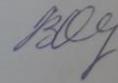


ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА БАКАЛАВРА
«Анализ финансовых ресурсов ТФОМС Самарской области»

Выполнила: студентка
Матвеевко А.В.
группа ЗУф-142



Научный руководитель:
К.э.н. доцент Кравченко О.В.



Самара
2017

Оглавление

Введение.....	3
1. Теоретические основы функционирования ФОМС РФ.....	6
1.1 История развития медицинского страхования в РФ.....	6
1.2. Основы государственного финансирования системы здравоохранения.....	10
1.3. Проблемы и перспективы развития медицинского страхования в России.....	12
2. Анализ финансовых ресурсов ТФОМС Самарской области.....	17
2.1. Оценка деятельности ТФОМС Самарской области.....	17
2.2. Анализ расходов федерального и областного бюджетов на ОМС.....	24
2.3. Анализ доходов и расходов ТФОМС Самарской области.....	32
3. Совершенствование методики оценки эффективности деятельности системы обязательного медицинского страхования.....	51
Заключение.....	67
Список используемой литературы.....	71

Введение

Обеспечение доступной для всех слоев населения качественной медицинской помощью, соответствующей современному состоянию медицинской науки, является одной из приоритетных целей государственной политики, важнейшей задачей развития здравоохранения. Обязательное медицинское страхование (далее ОМС) - это составная часть системы государственного социального страхования, которая обеспечивает равные возможности в получении медицинской помощи. Медицинская помощь предоставляется за счет средств ОМС в объеме и на условиях соответствующих программ ОМС. Базовая программа обязательного медицинского страхования утверждается постановлением Правительства России в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. В ней перечислены виды и нормативные объемы медицинской помощи. Обязательное медицинское страхование осуществляется на основании Федерального закона от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”.

Более полутора десятилетий здравоохранение находится в процессе непрерывного реформирования. И само обязательное медицинское страхование с момента его провозглашения (в 1991 г.), и с начала практического внедрения (в 1993 –м г.) до настоящего времени сопровождалось регулярными и существенными изменениями нормативно-правовой базы. В результате реформ состояние и деятельность здравоохранения в стране неузнаваемо меняется. Гораздо более быстрыми темпами, чем раньше, идет реструктуризация сети медицинских учреждений, радикально пересмотрены принципы управления здравоохранением, развиваются мощные ведомственные экономические службы. В стране создана целая отрасль медицинского страхования, в которой задействованы многие тысячи человек.

Основная задача медицинского страхования заключается в том, чтобы гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая (нарушения

здоровья) бесплатное предоставление определенного перечня медицинских услуг при наличии договора со страховой организацией.

Актуальность работы обусловлена ролью медицинского страхования в современном обществе, которое является составной частью сложнейшей инфраструктуры страхования, являющегося, в свою очередь, частью макроэкономической системы государства. Появились большие потребности в страховых услугах. Радикальные преобразования страхового дела в стране направлены на формирование страхового рынка, твердой правовой основы его функционирования, создания условий для расширения сферы и качества страховых услуг. Сегодня медицинское страхование - один из самых востребованных видов страховой защиты в России.

Объектом исследования является некоммерческое финансово-кредитное учреждение Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области.

Цель данной работы заключается в анализе финансовых ресурсов ТФОМС Самарской области, совершенствовании методики оценки эффективности деятельности системы обязательного медицинского страхования на основе изученных теоретических аспектов.

В соответствии с целью в работе поставлены следующие задачи:

1. Рассмотреть теоретические основы функционирования бюджетной организации.
2. Изучить проблемы и перспективы развития медицинского страхования в России.
3. Проанализировать процесс формирования и использования финансовых ресурсов бюджетного учреждения на примере некоммерческого финансово-кредитного учреждения ТФОМС Самарской области.
4. Совершенствовать методику оценки эффективности деятельности обязательного медицинского страхования.

В первой главе изучим историю развития медицинского страхования в РФ, так как введение ОМС стало важным шагом реформы здравоохранения проводимой в России. Так же в это главе рассмотрим основные проблемы и перспективы развития медицинского страхования граждан в России, рассмотрим систему финансирования здравоохранения.

Во второй главе проведем анализ доходов и расходов организации, рассмотрим взаимодействие Территориального фонда обязательного медицинского страхования с медицинскими организациями и лечебно-профилактическими учреждениями (далее ЛПУ), проведем оценку деятельности учреждения.

В третьей главе рассмотрим модели оценки эффективности деятельности системы ОМС и предложим новшества для существующей методики.

В заключении подводятся итоги исследования в соответствии с поставленными задачами.

Практической основой работы послужили законодательные и нормативные акты, статистические данные, учебные пособия по страхованию, социально-медицинской работе, бухгалтерская отчетность организации.

1. Теоретические основы функционирования ФОМС РФ

1.1 История развития медицинского страхования в РФ

Страхование в России началось с 80-х годов в 19 веке.

До этого медицинская помощь рабочим регламентировалась единственным законоположением – временным положением, принятым Комитетом министров 26 августа 1866 года в предвидении холерной эпидемии. Закон этот считался временным, но он действовал 45 лет. В нем устанавливалось, что заводы и фабрики должны были за счет предпринимателей содержать больницы для своих рабочих, причем из расчета 1 койка на 100 человек.

Но конечно этот закон, как и многие другие в России, не выполнялся, вернее выполнялся, но не везде. Так, например, в промышленно развитом районе, который находится сейчас на территории Украины, было всего 130 больниц, в других регионах – еще хуже.

Но еще до этого закона на основании особых законодательных актов каждый завод и селение при рудниках при наличии 200 и более человек должны были иметь госпиталь. В 1981 году законом было предусмотрено создание особых товариществ, членство в которых было обязательным для работников горных заводов. Средства в образованных кассах состояли из взносов (2%-3% от зарплаты), такой же суммы, выплачиваемой заводоуправлением, из прибылей от ссуд, штрафов, накладываемых на рабочих и т.д.

Кроме того, в ряде мест был введен так называемый больничный сбор (1842). Но здесь единого порядка и единого размера не было. Где-то платили только рабочие промышленных предприятий, где-то все работающие, взнос составлял от 60 коп. до 2 руб. в год на человека. Выдавался именной билет, по нему медицинская помощь оказывалась бесплатно в течение года. Но размеры взносов мизерные и соответственно помощь была очень низкого качества, это был скорее местный налог, а не страховой сбор.

Первые больничные кассы по типу страховых касс в странах Европы стали создаваться в начале 20 века, до этого были только единичные.

Для создания закона была создана комиссия. Возглавлял ее академик Тимирязев, а затем сам министр финансов Коковцев. Законопроект должен был представлен в I Государственную Думу, но последняя проработала только 3 месяца, и проект рассмотреть не успела. Потом несколько лет проект дорабатывался. Предполагалось больничные кассы организовать на предприятиях, где было более 400 рабочих, где меньше – объединенные кассы. На их деньги планировалось оплачивать следующие виды медицинской помощи: амбулаторное лечение, больничное лечение с полным содержанием, родовспоможение. Планировалось также осуществлять как оплату за лечение, так и выдачу денежного пособия.

Правительственный проект поступил в Государственную Думу только через 5 лет: в 1911 году. Следует отметить, что правительство заняло очень прогрессивную позицию, оно считало, что повинность по страховым взносам должны нести только предприниматели, а рабочие должны от нее быть освобождены. В этом году медико-санитарные части функционировали уже на 964 предприятиях.

Законодательство по страхованию было принято только в июне 1912 года, но что очень важно, в виде пакета законов:

1. О страховании от несчастных случаев,
2. О страховании на случай болезни,
3. Об учреждении присутствий по делам страхования рабочих,
4. Об учреждении Советов по делам страхования рабочих.

Законы вступали в действие с 1.01.1913 года.

Мелкие предприятия объединялись, чтобы кассы были не менее, чем на 200 участников. При социальном обеспечении по болезни размер пособия составлял от 25% до 30% от среднего заработка в зависимости от числа иждивенцев. Срок пособия – 26 недель подряд или 30 недель в течение года.

Размер взноса рабочих – от 1% до 2% заработной платы. Если число членов кассы менее 400, разрешалось взнос увеличивать до 3%. Приплата предпринимателей составляла две трети от взноса рабочих.

Лечение рабочих по страховому закону не относилось к обязанностям больничных касс, а возлагалось на владельцев предприятий, которые должны были обеспечивать первоначальную помощь при заболеваниях и несчастных случаях, родовспоможении, амбулаторное и стационарное лечение с полным содержанием больных. При этом разрешалось взаимодействовать с другими владельцами, земским учреждениям, частным учреждениям. Если пользовались не своими ЛПУ, то стоимость лечения возмещал владелец, не по ценам, которые устанавливались особой организацией: Присутствием по делам страхования на 2 года.

Присутствие – это был орган надзора, возглавлял его Губернатор, или градоначальник, в него входили, вице-губернатор, прокурор окружной, старший фабричный инспектор, врачебный инспектор, представитель городской Думы, 2 участника от больничных касс и 2 – от предприятий.

В том же 1913 году пошел процесс объединения больничных касс и создания крупных касс для 5-10 тысячи рабочих. К 1 мая 1914 года в России намечалось открыть 3,3 тыс. больничных касс, в которых было бы почти 23 млн. членов. Война помешала, но тем не менее, в 1916 году в России было более 2 тыс. больничных касс. После февральской революции был принят Закон Временного правительства о страховании от 25 июля 1917 года.

Таким образом, до 1917 года страхование развивалось, несмотря на трудности. В Самаре образовалась единая больничная касса, поглотившая все остальные. Самарская касса объединила 71 крупное предприятие города.

Наступил новый период развития здравоохранения после Великой Октябрьской социалистической революции. Уже через 4 дня после революции был издан декрет о социальном страховании.

Декретом от 27 ноября Совнарком обязал всех предпринимателей отдать безвозмездно больничным кассам все лечебные учреждения, которые им, принадлежали, а при их отсутствии – открыть и оборудовать.

Начиная с 1918 года, началось свертывание страховых касс, превращение их в отделы социального обеспечения при разных министерствах, с 1919 года наступил период советского здравоохранения.

13 августа был образован Наркомздрав, который и определял всю дальнейшую политику в области здравоохранения. В 1922 году съезд профсоюзов констатировал “Страховая медицина, сыгравшая прогрессивную роль в дореволюционное время, есть пройденный этап в развитии медицины и рабочего движения. В данный момент она потеряла свое значение.”

Далее началась эра социального страхования, которое включало в себя страховые взносы по 4 направлениям: в зависимости от вредности производства взносы были дифференцированы: А- пособия по болезни, Б-по инвалидности, В- по безработице, Г- на лечебную помощь.

Такой государственный подход длительное время сохранялся. Во-первых средства группы “Г” были не дополнительными при финансировании здравоохранения, а основным, бюджетных средств было очень мало (одна треть). Во-вторых, средства, выделяемые на медпомощь на 1 застрахованного рабочего были в 9 раз выше, чем на крестьянина. Эта дискриминация продолжалась и в других вопросах, в частности в пенсионном – колхозные пенсии составляли 20-25 рублей, даже за потерю кормильцев – сыновей, погибших в ВОВ, при средней пенсии для остальных категорий -120-132 рублей.

Период с 1929 по июнь 1991 года можно охарактеризовать как период государственного здравоохранения, в течение которого в силу объективной политической и экономической ситуации сформировался остаточный принцип финансирования системы охраны здоровья.

С июня 1991 года по настоящее время можно начать говорить о новом этапе в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране в связи с принятием

Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" 28 июня 1991 г.
[13]

1.2. Основы государственного финансирования системы здравоохранения

Главной целью ОМС является обеспечение гарантий населению на бесплатную, доступную, своевременную и качественную медицинскую помощь. Одним из основополагающих принципов предоставления медицинской помощи гражданам является сбалансированность объемов оказываемых услуг имеющимися ресурсами. Возможность обеспечения гарантий бесплатной медицинской помощи напрямую зависит от финансовой обеспеченности. Поэтому территориальная программа ОМС содержит нормативы не только по объемам медицинской помощи на душу населения, но и по средствам, выделяемым на цели их оплаты. Получаемые ЛПУ средства ОМС являются практически единственным источником финансирования территориальных учреждений здравоохранения. Полнота поступления страховых средств и определяет их финансовые возможности по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи.

Сфера здравоохранения зависит от государственного финансирования, а также от уровня и типа экономической активности и экономической политики государства. На уровень здоровья наибольшим образом влияет доступность эффективных и качественных государственных и муниципальных услуг в сфере здравоохранения.

Страховая система здравоохранения финансируется, как и бюджетная, из общественных фондов потребления и формируется на целевой основе, она более защищена от остаточного принципа финансирования, характерного для многих бюджетных систем здравоохранения. Именно поэтому в нашей стране с целью соединения положительных сторон государственной и частной медицины была выбрана бюджетно-страховая модель. 28 июня 1991 г. был принят Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», определяющий

принципиально новую модель финансирования и организации здравоохранения в новых экономических условиях.

В законе установлены два вида медицинского страхования:

1. обязательное
2. добровольное.

Целью введения обязательного медицинского страхования было обеспечение всем гражданам РФ равных возможностей в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме соответствующих программ. Добровольное медицинское страхование позволяет гражданам получать дополнительные медицинские услуги.

Экономическую основу медицинского страхования составляют государственные фонды здравоохранения и фонды обязательного медицинского страхования. С введением обязательного медицинского страхования вся система здравоохранения в РФ стала представлять совокупность двух систем: государственной (муниципальной) системы здравоохранения и государственной системы обязательного медицинского страхования. Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения в РФ являются:

- средства федерального бюджета, территориальных бюджетов субъектов Федерации, местных бюджетов;
- средства организаций, предприятий и других хозяйствующих субъектов, независимо от формы собственности;
- личные средства граждан;
- доходы от ценных бумаг;
- безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования;
- иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

Финансовая основа государственной системы обязательного медицинского страхования состоит из:

1. отчисления страхователей на обязательное медицинское страхование

2. бюджетные платежи за обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Финансовые средства аккумулируются в фондах обязательного медицинского страхования — федеральном ФОМС и территориальных ФОМС, которые являются самостоятельными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями. ФОМС созданы для обеспечения стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования. Финансовые средства фондов не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию.

Вневедомственный контроль деятельности учреждений здравоохранения осуществляют лицензионно-аккредитационные комиссии, страховые медицинские организации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, исполнительные органы Фонда социального страхования РФ. Основной задачей вневедомственного контроля является организация медико-экономической экспертизы для обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества, а также проверка эффективности использования ресурсов здравоохранения и финансовых средств обязательного медицинского и социального страхования.

Опыт реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» показал перспективность системы обязательного медицинского страхования и поставил ряд проблем, без решения которых невозможно дальнейшее развитие. В первую очередь, это недостаточное правовое обеспечение системы обязательного медицинского страхования, необходимость совершенствования системы контроля качества медицинской помощи в медицинских учреждениях и создание системы обеспечения прав застрахованных.

[2]

1.3. Проблемы и перспективы развития медицинского России.

Здоровье граждан является основной задачей, которая стоит перед государством, наряду с его независимостью и финансовым процветанием.

Охрана здоровья нации является важнейшей функцией государственного аппарата. Устранение государства от решения проблем здравоохранения недопустимо и тесно переплетается с вопросами государственной безопасности.

И в то же время в мире практически не осталось государственных систем, предполагающих полную ответственность государства за здоровье граждан. Исключение составляют либо очень богатые государства (Скандинавии, Саудовская Аравия, ОАЭ и т.д.), либо бедные, декларативно утверждающие бесплатность для населения данной помощи. К сожалению, в определенной степени Россия относится к последней группе.

Учитывая изложенное, а также опыт стран постсоветского пространства (Грузия, Армения), в которых оказание медицинской помощи было отдано на откуп рыночных отношений, необходимо констатировать, что на современном этапе развития общества в сфере здравоохранения не может быть создана и успешно работать ни чисто рыночная, ни чисто государственная система здравоохранения.

Отсюда вытекает понятие дифференцированного подхода как к объему оказываемых населению медицинских услуг, так и к стоимости данных услуг.

Все население можно разделить на две группы: те, кто в состоянии полностью (или частично) оплачивать медицинскую помощь по себестоимости ее оказания и те, кто этого делать не в состоянии.

Первая группа через дифференцированную систему налогообложения (как обязательную, так и добровольную, в т.ч. через систему ДМС), должна сама оплачивать весь объем медицинской помощи, оказываемой ей. При этом важно учитывать два момента: первый – пациент не знает состояния своего здоровья и стоимость медицинских услуг. Поэтому независимым его защитником должна выступать страховая организация (СМО). Сами СМО должны конкурировать между собой через рынок страховых услуг (программ), качество защиты прав застрахованного, экономические стимулы.

Второй важный момент – часть взносов работника должна распространяться на других членов общества (либо обезличенно, либо, что более предпочтительно – на целевую аудиторию, например, членов семей).

Вторая группа населения – те, кто не в состоянии оплачивать медицинскую помощь – пенсионеры, инвалиды, дети и т.д.

Ответственность за них, в т.ч. и финансовую, должно взять на себя и государство. При этом ревизии (контролю) должен быть подвергнут и объем бесплатных медицинских услуг, и их стоимость и качество медицинской помощи.

Здесь возможно два варианта – государственное финансирование, либо государственное (социальное) страхование. Второй вариант более предпочтителен, поскольку априори ориентирован на учет, оплату и анализ фактически оказанных медицинских услуг. В этом случае роль и страховщика, и аккумулятора государственных средств страхования, и контролера может быть возложена на уполномоченный государственный орган, осуществляющий и страхование, и финансовое планирование, и оплату медицинских услуг. Исключение допустимо только для контроля качества медицинской помощи, поскольку в данном случае говорить о ее вневедомственности и независимости можно только в том случае, если будет создан институт независимых врачей-экспертов.

Если признать страховой принцип оптимальным для государственной системы здравоохранения, то мы должны говорить:

1. О создании и сочетании двух рынков медицинских услуг: для частных (ДМС-совских нужд) и для государственных нужд.
2. О разных объемах медицинской помощи, оказываемой населению в рамках обязательного медицинского страхования и добровольного.
3. Об обязательном направлении страхового платежа в системе ОМС со стороны государства.

Исходя из изложенного, основные направления реформирования охраны здоровья населения и, в частности, здравоохранения и системы медицинского страхования должны включать:

1. Пересмотр налоговой системы, предусматривающий переход от уплаты ЕСН в доли ОМС со страхователя-юридического лица к страхователю-физическому лицу, его дифференциацию в зависимости от места работы и размера заработной платы.

2. Законодательно закрепить финансовые обязательства государства в плане ОМС на одного малоимущего гражданина.

3. Сбалансировать объемы утверждаемой Территориальной программы государственных гарантий в соответствии с реально существующим финансовым обеспечением в первую очередь за счет дополнительного финансирования.

4. Создать медико-технологические протоколы ведения больных и стандарты медицинской помощи и определить их реальную себестоимость.

5. Создать независимую корпорацию медицинских работников.

6. Перевести большую часть медицинской помощи на страховой принцип.

7. Внедрить экономические принципы управления в здравоохранении:

7.1. Подушевое финансирование. Позволяет распределить финансовые средства пропорционально потребностям населения, а не на существующие коечные мощности развернутой лечебной сети. В то же время реальная потребность населения в медицинской помощи не соответствует половозрастным коэффициентам потребления, рекомендованным ВОЗ, поэтому их необходимо адаптировать в конкретной территории.

7.2. Одноканальное финансирование и “полный тариф”. В программу ОМС целесообразно включить практически все виды медицинской помощи, в том числе и скорую медицинскую помощь, социально-значимые и т.д., то есть это на практике будет означать одноканальное финансирование ЛПУ, которое в сочетании с почти полным тарифом позволит лечебным учреждениям маневрировать своими ресурсами, иметь один надежный источник финансирования, концентрировать средства на самых приоритетных направлениях. Сама программа государственных гарантий должна быть единая для всех субъектов РФ, в ней должны быть четко представлены виды медицинской помощи и источники их финансирования без двойного толкования

для выработки единой политики ресурсообеспечения во всех регионах РФ, что позволит сформировать унифицированные по структуре Территориальные программы ОМС и эффективно осуществлять межтерриториальные расчеты.

7.3. Частичное фондодержание. Фондодержание и внутрихозяйственный хозрасчет приводят к росту экономической заинтересованности медицинских работников в результате своего труда, учат их считать деньги. Однако финансовый дефицит в системе приводит к дисбалансу между поликлиникой и стационаром.

7.4. Внедрение единых методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС. В Самарской области опробованы разные методы. Можно выделить несколько эффективных:

- а) Оплата амбулаторной помощи целесообразно осуществлять по подушевому принципу с применением методики условного фондодержания.
- б) Оплату стационарной помощи целесообразно производить ретроспективно по законченным случаям, пользуясь прейскурантом, в котором сформированы цены по отдельным нозологическим формам.

Оплата за законченный случай оказания медицинской помощи способствует персонализации оказываемых медицинских услуг, их четкому учету, определению затрат, нагрузки, эффективности.

Однако он требует разработки медико-экономических стандартов и создания единой информационной системы планирования и учета медицинских услуг. Для поддержания подобной системы требуется значительные дополнительные финансовые ресурсы. [8]

2. Анализ финансовых ресурсов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области

2.1 Оценка деятельности ТФОМС

ТФОМС включает дирекцию, 4 филиала и 2 представительства, не являющихся страховщиками.

В 2016 году плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование являлись:

- Министерство здравоохранения Самарской области на ОМС неработающего населения;

- зарегистрированные в установленном порядке в Пенсионном фонде РФ работодатели на ОМС работающего населения.

В 2016 году медицинскую помощь населению Самарской области оказывали 170 медицинские организации, в том числе 52 организаций частной системы здравоохранения.

Населению Самарской области за счет средств ОМС, бюджетов всех уровней и других поступлений гарантирована медицинская и лекарственная помощь в объеме и на условиях территориальной программы государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи на 2016 год, утвержденной Постановлением Правительства Самарской области от 24.12.2015 №880 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи на 2016 год» (с изменениями и дополнениями от 05.05.2016 № 218, от 06.12.2016 № 698) (далее по тексту - Программа).

Программа устанавливает перечень видов, условий и форм оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание

медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также предусматривает критерии доступности и качества медицинской помощи, порядок и условия предоставляемой населению Самарской области медицинской помощи бесплатно за счет средств ОМС, а также бюджетов всех уровней.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

За счет средств ОМС осуществляются денежные выплаты стимулирующего характера (надбавки) работникам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи: врачу – 5 000,00 руб. в месяц, фельдшеру – 3 500,00 руб. в месяц, медицинской сестре – 2 500,00 руб. в месяц.

Кроме того, в рамках Программы осуществляются затраты на поддержание системы здравоохранения, финансируемые за счет средств бюджетов всех уровней.

Стоимость Программы оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи на 2016 год утверждена в сумме 34 442, 433 млн. руб., в том числе затраты на ее реализацию составляют:

- за счет средств ОМС 27 686, 607 млн. руб.;
- за счет средств бюджета Самарской области 6 755,826 млн. руб.

В соответствии с Законом Самарской области от 23.11.2016 №126-ГД «О внесении изменений в Закон Самарской области «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» утвержденные бюджетные назначения ТФОМС на 2016 год составили:

- по доходам 28 036, 540 млн. руб.;
- по расходам 28 036, 543 млн. руб.

Сводной бюджетной росписью расходов бюджета ТФОМС на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов от 30.12.2016 утверждены расходы в сумме 28 216,878 млн. руб.

Таблица 2.1-Сведения об основных направлениях деятельности.

Наименование цели деятельности	Краткая характеристика	Правовое обоснование
1	2	3
Обеспечение предусмотренных законодательством РФ прав граждан в сфере ОМС. Обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС; создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС; обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика.	Обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп.)	Положение о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Самарской области, утвержденное Постановлением Правительства Самарской области от 18.04.2012г. №202 (с изм. от 19.10.2012 №541)
Контроль использования средств ОМС	Проведение комплексных и тематических проверок в ЛПУ и СМО	----

В соответствии с Федеральным Законом от 05.04.2013 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» в ТФОМС создан отдел контрактных закупок, для проведения аукционов, открытых конкурсов и котировок по закупкам оборудования, товаров и услуг для нужд ТФОМС. Рассмотрим в

динамике проведение аукционов, открытых конкурсов и котировок по закупкам оборудования, товаров и услуг для нужд ТФОМС. [3]

Таблица 2.2-Динамика проведения аукционов, открытых конкурсов и котировок за период с 2014 г. по 2016 г. (лот)

Наименование		2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всего торгов		146	145	127
В том числе:	Открытых конкурсов	2	3	2
	Открытых аукционов в электронной форме	52	54	80
	Запросов котировок	20	16	20
	Закупки у единственного поставщика без проведения торгов и запросов котировок	23	22	21
	Закупки малого объема	49	50	4

На основе данных из таблицы построим диаграмму и рассмотрим динамику снижения количества проведенных аукционов и торгов за анализируемый период.

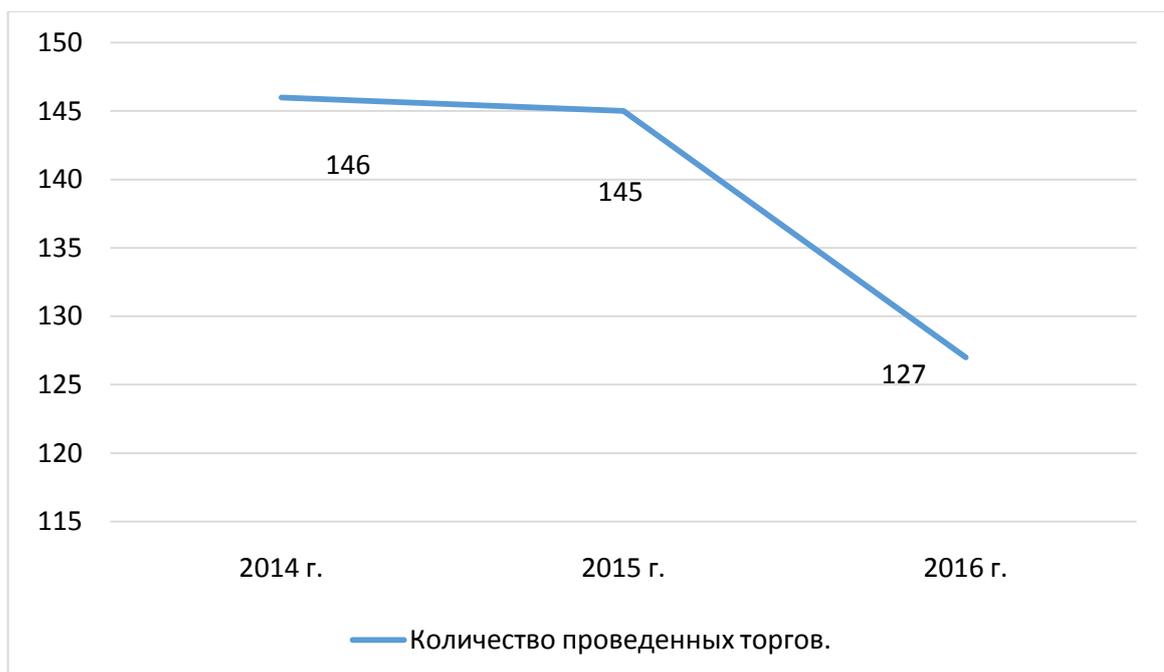


Рисунок 2.1- Динамика проведенных аукционов и торгов за период с 2014 г. по 2016 г. (лот.)

По данным графика можно сделать вывод, что в 2016 г. произошло снижение количества аукционов и торгов на 18 лот. Заключение контракта и проведение торгов приводит к экономии финансовых средств организации. Рассмотрим объем экономии финансовых средств в результате применения конкурентных способов размещения заказов на примере таблицы.

Таблица 2.3-Сведения об экономии бюджетных средств при заключении государственных (муниципальных) контрактов с 2014 г. по 2016 г. (млн. руб.)

Наименование	2014 г	2015 г.	2016 г.	Темп роста 2016 г./2014 г. %
Экономия в результате применения конкурентных способов размещения заказов составила	1,963	4,513	6,183	2,14

По данным таблицы видно, что в 2016 г. произошел рост экономии в результате применения конкурентных способов размещения заказов на 1,67 млн. руб. по сравнению с 2015 г.

Фактическая численность сотрудников на 01.01.2017 - 207 человек (96,7% от штатной численности), в том числе 169 специалистов, из которых: 2 доктора медицинских наук; 2 кандидат медицинских наук; 1 кандидат экономических наук; 1 заслуженный врач РФ.

Таблица 2.4-Динамика роста штатной численности сотрудников в период 2014-2016 г.г. (чел.)

Наименование	По состоянию на 01.01.2015 г.	По состоянию на 01.01.2016 г.	По состоянию на 01.01.2017 г.	Темп роста 2016 г./2014 г. г.%
Штатная численность сотрудников	251	205	207	-0,15

По данным таблицы, можно сделать вывод о том, что в 2016 г. резко снизилась численность сотрудников, это связано с сокращением отделов, управлений.

158 сотрудников (76,3% от фактической численности) имеют высшее образование; 23 сотрудника (11,1% от фактической численности) имеют среднее специальное образование.

Сотрудники с финансово-экономическим образованием составляют 61% от общей численности работников, с высшим медицинским образованием – 7,2% от общей численности работников. 67% сотрудников имеют стаж работы по специальности более 10 лет.

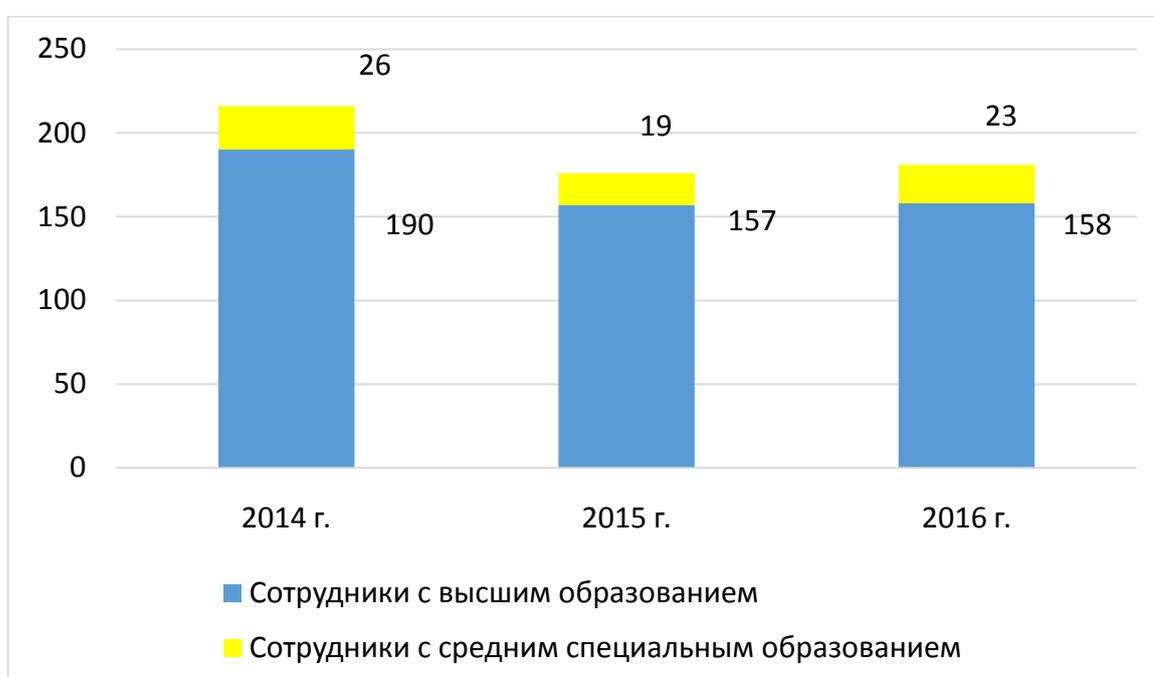


Рисунок 2.2-Динамика роста численности сотрудников по степени образования за период 2014 – 2016 г.г. (чел.)

Постоянно ведутся усовершенствование и переподготовка кадров ТФОМС на курсах повышения квалификации, учебных семинарах.

ТФОМС проводит активную работу по защите прав застрахованных. В общем отмечается тенденция увеличения жалоб и обращений. В структуре обращений основную часть составляют консультации (80%). Доля жалоб составляет в среднем 17%, доля обоснованных жалоб – 5%. Среди обоснованных жалоб в основном (80%) это жалобы по вопросам лекарственного обеспечения, на

взимания денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС, за отказ в медицинской помощи по ОМС.

Построим диаграмму и рассмотрим рост численности застрахованного населения по договорам ОМС в период с 2014 г. по 2016 г.



Рисунок 2.3-Динамика численности застрахованного населения за период с 2014 г. по 2016 г. (чел.)

ТФОМС области аккумулирует финансовые средства обязательного медицинского страхования, непосредственно разрабатывает и совершенствует территориальную программу ОМС населения. Стоимость финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания населению области бесплатной медицинской помощи ежегодно растет. На 2016 г. она составила 28 087 943 201,67 руб. что больше на 881 415 692,43 руб. аналогичного показателя 2015 г. Растет и подушевой показатель финансирования. К 2016 г. он вырос в расчете на 1 жителя до 8 438,9 руб. в год. Также увеличиваются расходы по финансированию всех видов медицинской помощи. [6]

Из года в год совершенствуется проведение вневедомственного контроля качества медицинской помощи. За период с 2014 г. по 2016 г. количество проведенных экспертиз качества оказания медицинской помощи увеличилось с

37 093 до 132 029. Возросла и сумма удержанных с ЛПУ средств по результатам экспертиз качества оказания медицинской помощи в 9 раз.

Фонд ОМС осуществляет межтерриториальные расчеты со всеми субъектами РФ. За период с 2014 г. по 2016 г. наблюдается ежегодный рост количества и финансовых объемов медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам на территории области. В 2016 г. оплачено счетов ЛПУ за медицинскую помощь, оказанную иногородним гражданам на сумму 296 008 962,86 руб., в 2015 г. – 298 912 313,56 руб., в 2014 г. – 219 495 801,49 руб.

Основные причины отказа в оплате: счет отправлен на дополнительную экспертизу (41%), отсутствие обязательной к заполнению информации (26%), счет предъявлен к оплате ошибочно, некорректно указан плательщик (24%).

Перспектива развития ОМС в области представляется в дальнейшем совершенствовании Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, во внедрении новых методик и форм контроля за целевым и рациональным использованием средств ОМС, обеспечении и защите прав застрахованных.

2.2. Анализ расходов федерального и областного бюджетов на ОМС

Согласно закону о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2016 год и на плановый период 2017-2018 годов от 14.12.2015 г. №130-ГД общий объем межбюджетных трансфертов на 2016 год утвержден в сумме 27 959,296 млн. рублей, в том числе из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме 27 569,599 млн. рублей (на 602,694 млн. рублей больше, чем в 2015 г.), из областного бюджета в сумме 218,5 млн. рублей (на 11,5 млн. рублей меньше, чем в 2015 г.), из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования других субъектов Российской Федерации в сумме

171,19 млн. рублей(на 81,806 млн. рублей меньше, чем в 2015 г). Рассмотрим распределение ассигнований по структуре за период с 2014 г. по 2016 г.

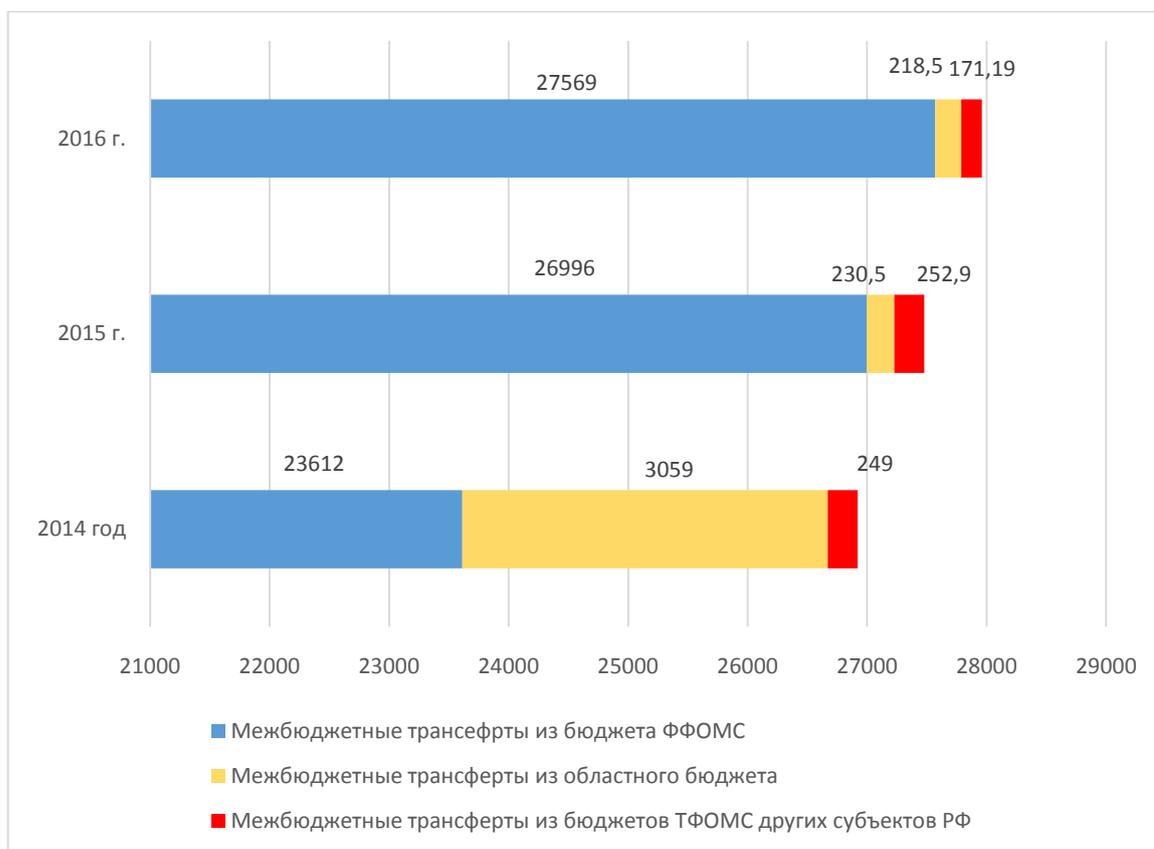


Рисунок 2.4-Динамика бюджетных ассигнований за 2014 – 2016 г. г. (млрд. руб.)

В 2016 году бюджетные ассигнования ТФОМС, которые формируются за счет средств бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования в форме межбюджетных трансфертов, направлялись на:

1. Финансовое обеспечение организации ОМС на территории Самарской области;
2. Осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским;
3. Дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, которая включена в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Бюджетные ассигнования ТФОМС, формируемые за счет средств областного бюджета в форме межбюджетных трансфертов в 2016 году, были

направлены на обеспечение долечивания (реабилитации) больных из числа работающих граждан, которые имеют регистрацию по месту жительства в Самарской области, в специализированных санаториях (отделениях) непосредственно после стационарного лечения.

Изучим распределение бюджетных ассигнований при помощи таблица 2.5

Таблица 2.5-Распределение бюджетных ассигнований бюджета ТФОМС Самарской области за 2014- 2016 г. г. (тыс. руб.)

	Наименование межбюджетных трансфертов	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Абсолютное отклонение в % 2016 г. к 2014 г.
1	Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	23 612 124,7	26 966 905,6	27 569 599,8	3 957 475,1
	В том числе:				
	субвенции бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территории Самарской области	22 289 991,2	26 699 065,3	27 174 642,0	4 884 650,8
	межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам	52 000,0	92 500,0	78 000,0	26 000,00
	межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной		175 340,3	316 957,8	141 617,5
2	Межбюджетные трансферты, получаемые из областного бюджета	3 059 633,0	230 000,0	218 500,0	-2 841 133
3	Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджетов территориальных фондов	249 000,0	252 996,9	171 196,3	-77 803,7

обязательного медицинского страхования других субъектов Российской Федерации				
Всего	26 920 757,7	27 449 902,5	27 959 296,1	1 038 538,4

По данным таблицы 2.5., можно увидеть, что в 2014 г. объем межбюджетных трансфертов, выделяемых из областного бюджета, превышает объем средств выделенных в 2015 г. на 2 829,0 млн. руб. Это связано с тем, что в 2014 г. были дополнительно выделены средства в размере 1 321,3 на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключение специализированной (санитарно-авиационной)).

Рассмотрим структуру бюджетных ассигнований за анализируемый период при помощи диаграммы.



Рисунок 2.5-Структура бюджетных ассигнований бюджета ТФОМС за 2014г.



Рисунок 2.6-Структура бюджетных ассигнований бюджета ТФОМС за 2015г.



Рисунок 2.7-Структура бюджетных ассигнований бюджета ТФОМС за 2016г.

Субвенции бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территории Самарской области (ОМС) рассчитаны исходя из численности застрахованного населения региона (по состоянию на 01.04.2016 3 220 164 чел.) и подушевого норматива обеспечения базовой

программы ОМС (на 2016 год в размере 8 438,9 рубля), в соответствии с методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

За счёт субвенций обеспечивается покрытие расходов базовой программы ОМС, включенной в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, и оплата высокотехнологичной помощи, включённой в базовую программу ОМС.

В ТФОМС Самарской области предусматривается предоставление из областного бюджета межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС (реализация мероприятий по долечиванию (реабилитации) работающих граждан, проживающих в Самарской области, в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения. [7]

Остатки средств бюджета ТФОМС, образовавшиеся по состоянию на 1 января 2017 года, за исключением субвенций, поступивших в 2016 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, и межбюджетных трансфертов из областного бюджета, используются в 2017 году по тем же направлениям, на которые в 2016 году было предусмотрено использование средств, по которым образовались указанные остатки, путем внесения соответствующих изменений в сводную бюджетную роспись бюджета Фонда на 2017 год с последующим их отражением в настоящем Законе.

Согласно закону Самарской области от 17.07.2017 г. №85-ГД об исполнении бюджета ТФОМС Самарской области утвержден годовой отчет об исполнении бюджета за 2016 г. по доходам в сумме 28 194,5 млн. руб., в 2015 г. доходы бюджета фонда исполнены в сумме 26 325,4 млн. руб. в 2014 г. 26 902,0 млн. руб.

В составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Объем средств нормированного страхового запаса определяется из:

1. средств от применения территориальным фондом к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

2. за счет доходов бюджета ТФОМС, указанных в ч.4 ст.26 Федерального закона №326-ФЗ от 29 ноября 2010 г:

- единый социальный налог в части, подлежащей зачислению в Фонд;
- иные налоговые поступления, подлежащие зачислению в Фонд в соответствии с законодательством РФ;
- страховые взносы на ОМС неработающего населения; [2]

Особенности формирования части нормированного страхового запаса ТФОМС, установлены пунктов 3 части 6 статьи 26 Федерального закона об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации.

Сравним расходы средств НСЗ за период с 2014 г. по 2016 г. при помощи таблицы 2.6.

Таблица 2.6-Результат исполнения средств нормированного страхового запаса за период с 2014 г. по 2016 г. (млн. рублей)

Год	Содержание статьи закона (решения) о бюджете	Результат исполнения	Причины неисполнения
1	2	3	4
2014 г.	Статья 7 Закона Самарской области от 16.12.2013 №107-ГД «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (с изм. и доп. от 04.06.2014, 29.12.2014) об утверждении нормированного страхового запаса финансовых средств ТФОМС Самарской области на 2014 год в сумме 756 млн. руб.	Средства нормированного страхового запаса в 2014 году израсходованы в сумме 756 млн. рублей	Исполнение утвержденного показателя бюджета на 2014 год по данному направлению составило 100%.
2015 г.	Статья 7 Закона Самарской области от 22.12.2014 №129-ГД «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (с изм. и доп.) об утверждении нормированного страхового запаса финансовых средств ТФОМС Самарской области на 2015 год в сумме 1 115 млн. руб.	Средства нормированного страхового запаса в 2015 году израсходованы в сумме 1 115млн. руб.	Исполнение утвержденного показателя бюджета на 2015 год по данному направлению составило 100%.
2016 г.	Статья 7 Закона Самарской области от 14.12.2015 №130-ГД «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» (с изм. и	Средства нормированного страхового запаса в 2016 году израсходованы в сумме	Исполнение утвержденного показателя бюджета на 2016 год по данному направлению составило 89,6%. Неисполнение в общей сумме 88, 271 млн. руб. сложилось по следующим направлениям:

	доп. от 06.06.2016, 23.11.2016) об утверждении нормированного страхового запаса финансовых средств ТФОМС Самарской области на 2016 год в сумме 850 млн. руб.	761,729 млн. руб.	<p>1) финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (далее – мероприятия) - в сумме 88,220 млн. руб.(в соответствии с п. 10 Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 21.04.2016 № 332);</p> <p>2) межтерриториальные расчеты - в сумме 0,50 млн. руб.(в соответствии с разделом 9 Правил ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н).</p>
--	--	-------------------	--

По данным таблицы построим линейный график и сравним показатели за анализируемый период с 2014 г. по 2016 г.

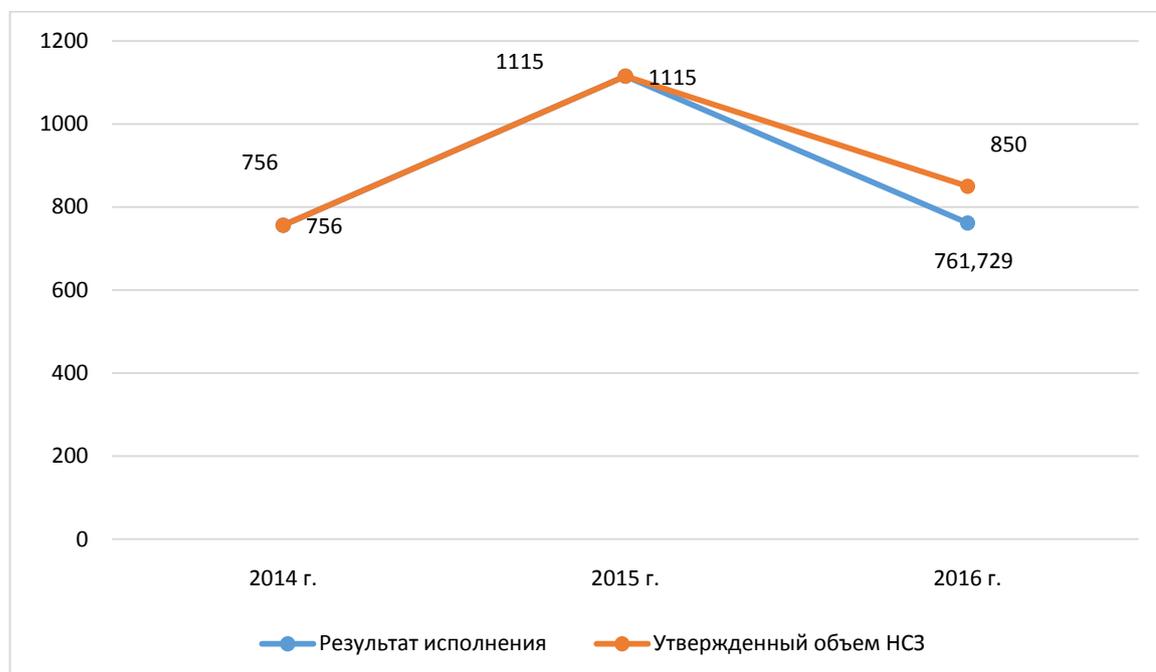


Рисунок 2.8-Результат исполнения закона по средствам НСЗ за период с 2014 г. по 2016 г. (млн. руб.)

Средства нормированного страхового запаса в 2015 г. по сравнению с 2014 г. выросли на 359,000 млн. руб. В 2016 г. средства нормированного страхового

запаса были израсходованы в сумме 761,759 млн. руб. что меньше аналогичного показателя за 2015 г. на 353,271 млн. руб.

Направления использования средств нормированного страхования:

1. Дополнительное финансовое обеспечение Территориальной программы ОМС;
2. Осуществление расчета за медицинскую помощь, оказанную застрахованному лицу за пределами территории субъекта РФ, в котором был выдан полис;
3. Финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программе повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;

Величина нормированного страхового запаса ежегодно устанавливается законом Самарской области о бюджете ТФОМС на соответствующий год.

2.3. Анализ доходов и расходов ТФОМС Самарской области

В соответствии с Законом Самарской области от 23.11.2016 №126-ГД «О внесении изменений в Закон Самарской области «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» утвержденные бюджетные назначения ТФОМС на 2016 год составили:

- по доходам 28 036,540 млн. руб.;
- по расходам 28 036,543 млн. руб.

Бюджет Фонда формируется вне федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ и предназначен для реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Доходы Фонда состоят из:

- страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- страховых взносов на ОМС неработающего населения;
- безвозмездных поступлений (из бюджета Федерального фонда ОМС, бюджета Самарской области, бюджетов муниципальных районов и городских округов Самарской области);
- финансовых средств, взыскиваемых со страхователей, медицинских учреждений и других юридических и физических лиц в результате предъявления им регрессных требований;
- иных поступлений, не запрещенных законодательством РФ.

Фонд осуществлял исполнение бюджета в 2016 году в соответствии с целями, поставленными Законом Самарской области от 14.12.2015 № 130-ГД «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» (далее – Закон).

Закон уточнялся дважды (в июне и ноябре 2016 года) в связи с изменениями параметров бюджета Фонда. Первоначально бюджет Фонда на 2016 год был утверждён в сумме 27 393 142,0 тыс. рублей. В результате изменений, внесённых в Закон, основные параметры доходов были увеличены на 643 398,5 тыс. рублей к первоначальным показателям.

Таким образом, общий объем доходов бюджета Фонда на 2016 год был утверждён в сумме 28 036,540 млн. рублей, расходов – в сумме 28 036,543 млн. рублей. Превышение расходов над доходами в сумме 0,0025 млн. рублей обеспечено остатками средств, сложившимися на счетах Фонда по состоянию на 1 января 2016 года.

Фактически бюджет ТФОМС в 2016 году исполнен по доходам в сумме 28 194, млн. рублей или 100,6% к плановым показателям утверждённого бюджета и 102,9% к первоначальному плану. Отклонение от утверждённого показателя составило 157,570 млн. рублей

Основными источниками, сформировавшими бюджет ТФОМС в 2016 году, явились безвозмездные поступления в сумме 28 027,188 млн. рублей или 99,4% от

всех доходов. Доля неналоговых доходов в общих поступлениях незначительна и составила 0,6%.

В 2016 году безвозмездные поступления формировались за счёт:

1) межбюджетных трансфертов, получаемых из областного бюджета на финансовое обеспечение долечивания (реабилитацию) больных из числа работающих граждан, имеющих регистрацию по месту жительства в Самарской области, в специализированных санаториях (отделениях) непосредственно после стационарного лечения (далее – мероприятия по долечиванию) в сумме 218 500,0 тыс. рублей или 100,0% от утверждённого показателя;

2) средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) в сумме 27 557 102,0 тыс. рублей при плане 27 569 599,8 тыс. рублей, из них:

- субвенции на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) на территориях субъектов Российской Федерации – 27 174 642,0 тыс. рублей или 100% к утвержденным показателям;

- межбюджетные трансферты на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС – 316 957,8 тыс. рублей;

- межбюджетные трансферты на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (далее – компенсационные выплаты) – 65 502,2 тыс. рублей или 84% от плана. Данный показатель выше уровня 2015 года на 18 002,1 тыс. рублей или 37,9%. Отклонение в сумме 12 497,8 тыс. рублей обусловлено заявительным характером данного вида доходов;

3) межбюджетных трансфертов, получаемых из бюджетов территориальных фондов ОМС других субъектов Российской Федерации на оплату медицинской помощи, оказанной в Самарской области лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации, в сумме 301 018,9 тыс. рублей. Данный показатель выше уровня 2015 года на 8 764,1 тыс. рублей или на 3,0%.

Рассмотрим состав безвозмездных поступлений за 2016 г., который представлен на рисунке 2.9

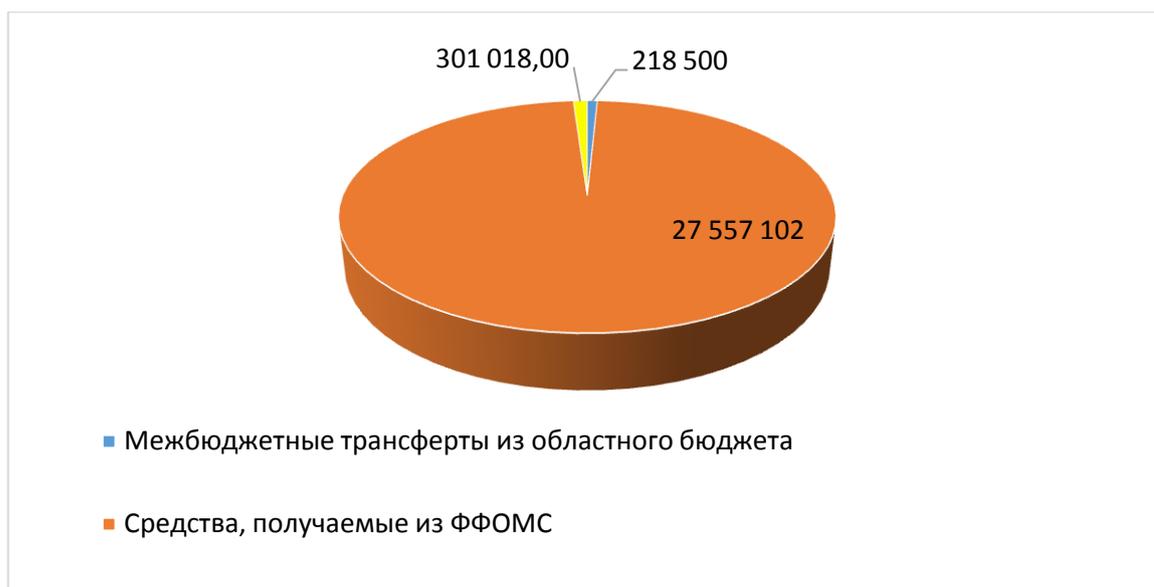


Рисунок 2.9-Состав безвозмездных поступлений в бюджет ТФОМС в 2016 г. (тыс. руб.)

Рисунок 2.9. показывает, что большая часть средств поступает из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в бюджет ТФОМС поступили неналоговые доходы в сумме 166,922 млн. рублей, что на 127,463 млн. рублей больше уровня 2015 года и прочие средства (возвраты средств при взаиморасчетах бюджетов различных уровней) в сумме 49,432 млн. рублей, которые учтены в доходной части бюджета со знаком «-». Источником формирования данной группы доходов являются неналоговые доходы, поступления которых обеспечиваются полномочиями Фонда по осуществлению контрольных функций за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, определенными Законом № 326-ФЗ.

В составе налоговых и неналоговых поступлений учтены:

1) прочие доходы от компенсации затрат бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в сумме 120 478,345 млн. рублей. Доходы от оказания платных услуг (работ) и компенсации затрат государства отражены средства ОМС, поступившие от страховых медицинских организаций за предыдущие отчетные периоды, а также средства для финансового обеспечения мероприятий, установленных пунктом 3 части 6 статьи 26

Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и уплаты штрафов.

В 2015 году поступило 17,939 млн. рублей, в 2016 году 120,478 млн. рублей. По сравнению с 2015 годом увеличение составило 102,539 млн. рублей в связи с тем, что с 2016 года стали поступать средства для финансового обеспечения мероприятий, установленных пунктом 3 части 6 статьи 26 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

2) штрафы, санкции, возмещение ущерба в общей сумме 46 438,138 млн. руб., в том числе:

– денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования) – в сумме 898,898 млн. рублей;

– денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств (в части территориальных фондов обязательного медицинского страхования)

– в сумме 39 740,113 млн. рублей. Доходы сформированы за счет средств, использованных не по целевому назначению, взысканных с медицинских организаций;

– прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования – в сумме ,0107 млн. рублей. Доходы сформированы за счет штрафов, полученных от медицинских организаций за нецелевое использование средств;

В 2015 году поступило 19,537 млн. рублей, в 2016 году 46,438 млн. рублей. По сравнению с 2015 годом увеличение составило 26,900 млн. руб., в

связи с увеличением поступлений средств ОМС, использованных по нецелевому назначению на основании актов проверок.

3) прочие неналоговые поступления в территориальные фонды обязательного медицинского страхования (возврат страховыми медицинскими организациями процентов банка) – в общей сумме 5 788,045 млн. рублей.

4) доходы бюджетов бюджетной системы РФ от возврата бюджетами бюджетной системы РФ и организациями остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет отражены возвраты остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет на осуществление единовременных выплат медицинским работникам в бюджет ТФОМС Самарской области из Министерства здравоохранения Самарской области в сумме 3, 616 млн. рублей, а также возвраты субвенции прошлых лет на финансовое обеспечение организации медицинского страхования от территориальных фондов обязательного медицинского страхования других субъектов РФ в сумме 0,22 млн. рублей.

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации предусмотрена централизация страховых взносов на счетах ФФ ОМС, в связи с чем, доходы Фонда более чем на 99 процентов сформированы за счет безвозмездных поступлений из ФФ ОМС.

Анализ финансирования предполагает изучение обеспеченности учреждения бюджетными средствами, а также полноты их использования. Для этого плановое финансирование сравнивается с фактическим, и производится сравнение поступивших сумм бюджетных средств с кассовыми расходами учреждения. Основным источником информации при этом является отчет текущей финансовой отчетности учреждения. В таблице представлены плановые (перечисленные средства) и фактические показатели финансовой деятельности учреждения.

Проведем анализ расходной части бюджета ТФОМС Самарской области за 2014-2016 г.г.

Расходы Фонда направляются на:

- финансирование территориальной программы ОМС;
- финансирование иных мероприятий, предусмотренных нормативными правовыми актами РФ по обязательному медицинскому страхованию

Сводной бюджетной росписью расходов бюджета ТФОМС на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов от 30.12.2016 утверждены расходы в сумме 28 216,878 млн. руб.

Бюджет фонда по расходам за 2016 год исполнен в сумме 28 012 329,9 тыс. рублей, что составляет 99,9% от объема расходов, утверждённых Законом (с учетом внесённых изменений). Отклонение от утвержденных показателей составило 24 213,1 тыс. рублей. Произведённые Фондом в 2016 году расходы по сравнению с 2015 годом увеличились на 566 825,2 тыс. рублей или на 2,1%.

Превышение доходов над расходами составило 181 781,4 тыс. рублей.

Структура расходов бюджета Фонда в 2016 году (согласно структуре расходов, определённой в соответствии с кодами бюджетной классификации) складывается из расходов по следующим направлениям:

1) «Финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации» в части расходов на ведение дела Фонда в сумме 188 461,8 тыс. рублей (97,1% от утверждённого показателя), что меньше аналогичного показателя прошлого года на 3 015,4 тыс. рублей. Удельный вес расходов на ведение дела Фонда в общем объёме расходов составил 0,7%;

2) «Непрограммные направления деятельности территориального Фонда обязательного медицинского страхования Самарской области» в сумме 27 758 365,9 тыс. рублей или 100,0% от расходов, предусмотренных бюджетом,

3) «Осуществление единовременных выплат медицинским работникам» в сумме 65 502,2 тыс. рублей или 84% от утвержденного показателя, что больше аналогичного показателя прошлого года на 18 002,2 тыс. рублей (или на 37,9%).

Проследить динамику расходов на содержание ТФОМС Самарской области можно, сопоставив данные отчетов об исполнении бюджета за 2014-2016 гг.

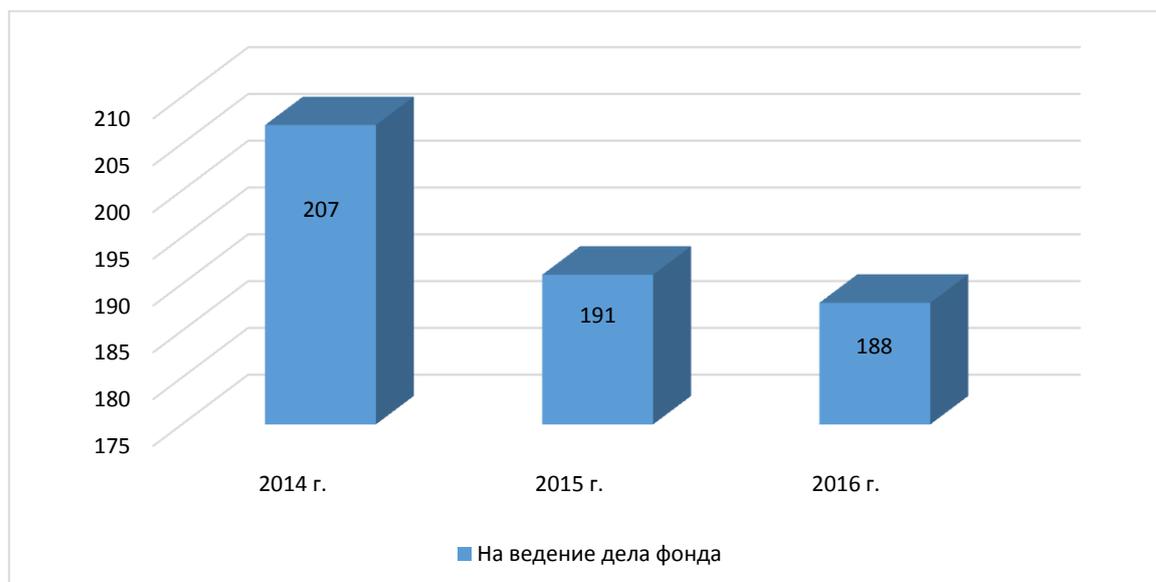


Рисунок 2.10-Динамика расходов на содержание фонда за период с 2014 г. по 2016 г. (млн. руб.)

Расходы на содержание ТФОМС в 2016 году составили 188,461 млн. рублей., в 2015 г. 191,477 млн. руб., в 2014 г. 207,399 млн. руб.

По данным диаграммы видно, что расходы с каждым годом уменьшаются, это связано с сокращением финансирования ТФОМС Самарской области.

Проанализируем расходы за 2016 год в разрезе экономической структуры расходов и сравним их с такими же показателями расходов за 2014-2015гг.

Таблица 2.7-Динамика расходов на содержание ТФОМС за период 2014 – 2016 г. г. (млн. руб.)

	КОСГУ	Наименование	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Темп роста % 2016г./2014 г.
1	210	Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	107,316	105,24	102,024	-4,93
2	220	Оплата работ, услуг	34,996	29,714	38,821	10,92
3	310	Увеличение стоимости основных средств	0,960	1,293	2,114	120,2

4	340	Увеличение стоимости материальных запасов	5,729	5,251	5,422	-5,35
		Итого:	149,001	141,498	148,381	-0,416

По сравнению с предыдущими годами отмечается общее снижение расходов на содержание ТФОМС Самарской области.

На основе данной таблицы построим диаграмму и посмотрим в динамике уменьшение расходов за 2014 г.-2016 г.

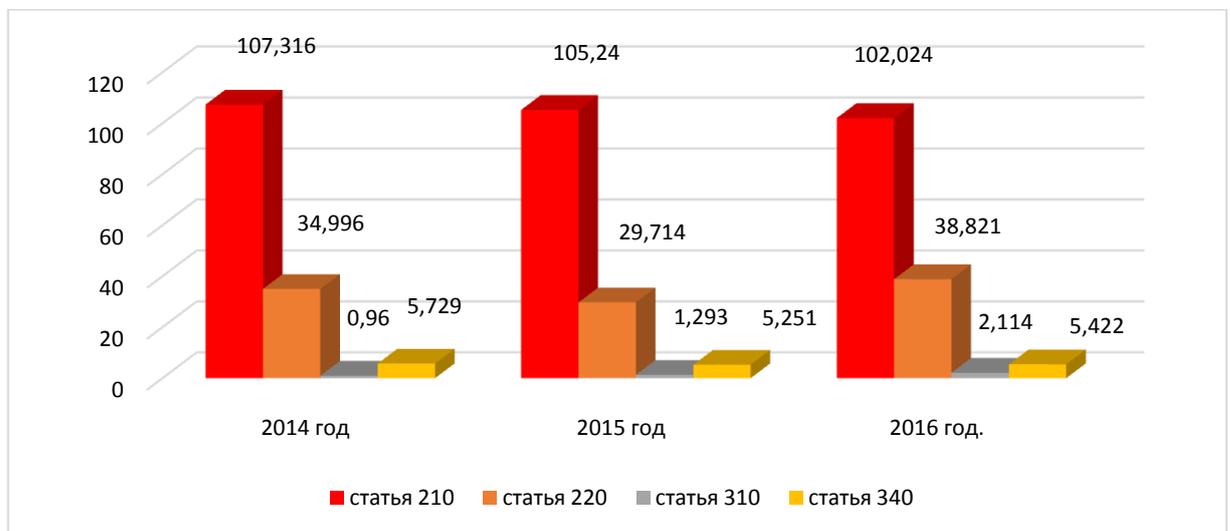


Рисунок 2.11-Динамика расходов на содержание ТФОМС за период с 2014 г. по 2016 г. (млн. руб.)

Глядя на рисунок 2.11 можно сделать вывод, что по одним статьям экономической квалификации расходы увеличивались в течение анализируемого периода времени, а по другим статьям уменьшались. В 2016 году произошел рост расходов на 6,883 млн. руб. по сравнению с 2015 г. В 2015 г. по сравнению с 2014 г. расходы уменьшились на 7,503 млн. руб.

Для того чтобы понять, почему произошли снижение и рост расходов рассмотрим расходы в разрезе по экономическим статьям.

Исследуем, как изменилась оплата труда работников за рассматриваемые периоды при помощи таблицы 2.8.

Таблица 2.8-Динамика расходов на заработную плату и начисления ФОТ.
(млн. руб.)

	КОСГУ	Наименование	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Темп роста %, 2016 г./2014 г.
1	211	Заработная плата	84,033	82,036	79,144	-0,05
2	213	Начисления ФОТ	23,283	23,204	22,880	-0,01
	Итого:		107,317	105,241	102,025	-0,04

Построим линейный график по расходам по оплате труда.

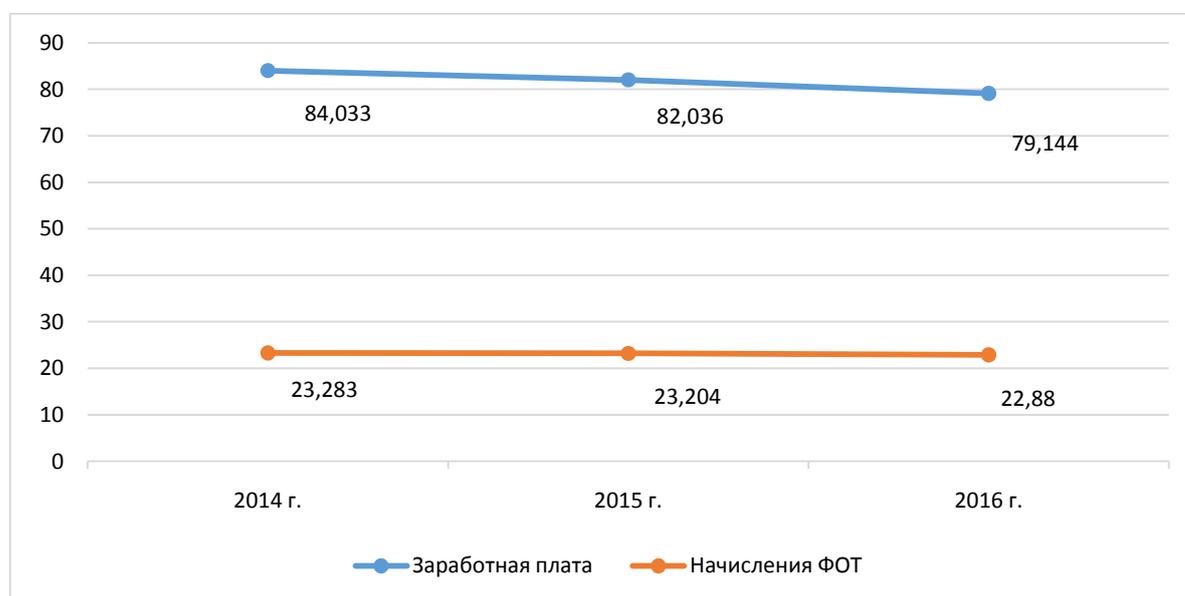


Рисунок 2.12-Динамика расходов по статье 210 «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда». (млн. руб.)

По данным линейного графика видно, что расходы на заработную плату в 2015 г. по сравнению с 2014 г. уменьшились на 2,075 млн. руб. По сравнению с 2015 г. в 2016 г. расходы уменьшились на 3,216 млн. руб. Снижение расходов на заработную плату обусловлено уменьшением финансирования данной статьи по причине сокращения штатной численности сотрудников.

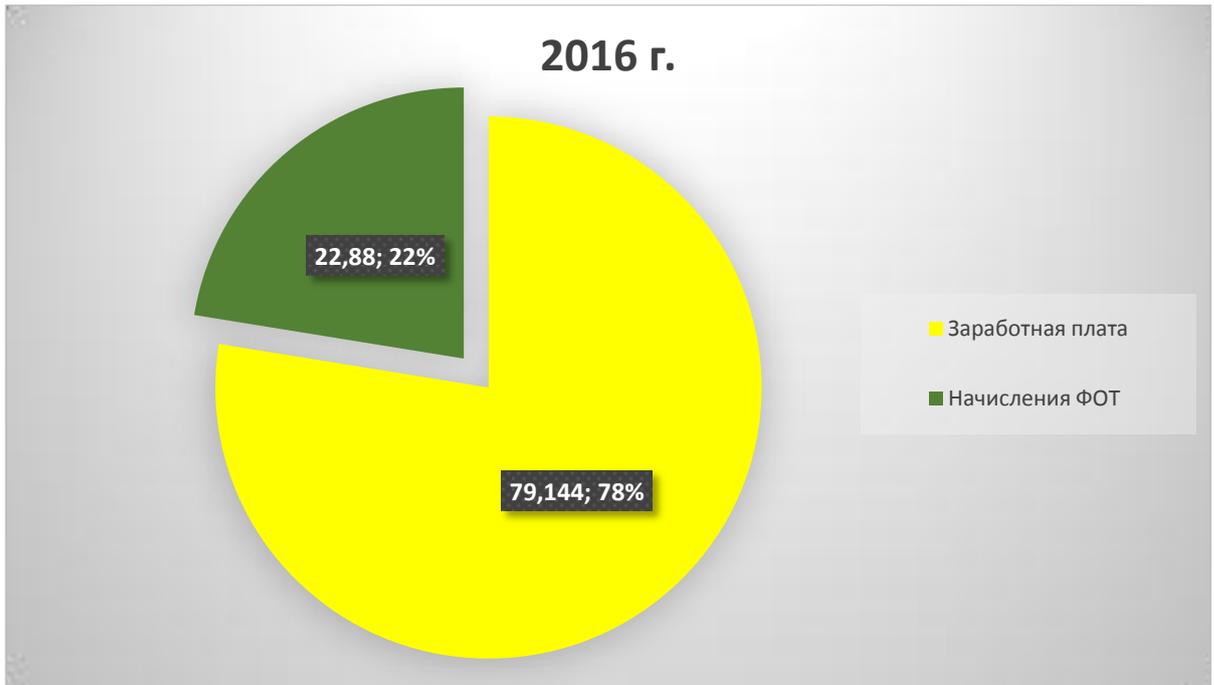


Рисунок 2.13-Структура расходов на оплату труда работников за период 2014 – 2016 г. г.

Выплата заработной платы, социальных выплат производилась на основании Положения об оплате труда работникам Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области. В течение анализируемого периода выплаты производилась своевременно и в полном объеме.

Рассмотрим расходы ТФОМС по статье 220 “Оплата работ и услуг” в разрезе подстатей.

Таблица 2.9-Динамика расходов по оплате работ и услуг за период с 2014 г. по 2016 г. (млн. руб.)

	КОСГУ	Наименование	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Темп роста, % 2016 г./2014 г.
1	221	Услуги связи	1,358	1,455	2,058	51,54
2	222	Транспортные услуги	0,567	0,537	0,001	-99,82
3	223	Коммунальные услуги	1,912	1,477	1,683	-0,11
4	225	Работы, услуги по содержанию имущества	7,610	4,008	5,602	-0,26

5	226	Прочие работы и услуги	23,549	22,237	29,477	25,17
		Итого:	34,996	29,714	38,821	10,92

Как видно из таблицы 2.9, в 2015 г. и в 2016 г. наблюдается рост расходов на услуги связи. По подстатье 222 “Транспортные расходы” наблюдается снижение расходов. По подстатье 223 “Коммунальные услуги” в 2015 г. расходы по сравнению с 2014 г. снизились на 0,435 млн. руб. По сравнению с 2015 г. расходы наоборот увеличились в размере 0,206 млн. руб. Расходы на работы и услуги по содержанию имущества в 2015 г. уменьшились на 3,53 млн. руб., а в 2016 г. увеличились на 1,594 млн. руб. По подстатье 226 “Прочие работы и услуги” в 2015 г. расходы снизились на 1,312 млн. руб. По сравнению с 2015 г. расходы в 2016 г. выросли в размере 7,24 млн. руб.

Из приведенных данных в таблице посмотрим, как изменилась динамика расходов по статье 220 за 2014 г – 2016 г.

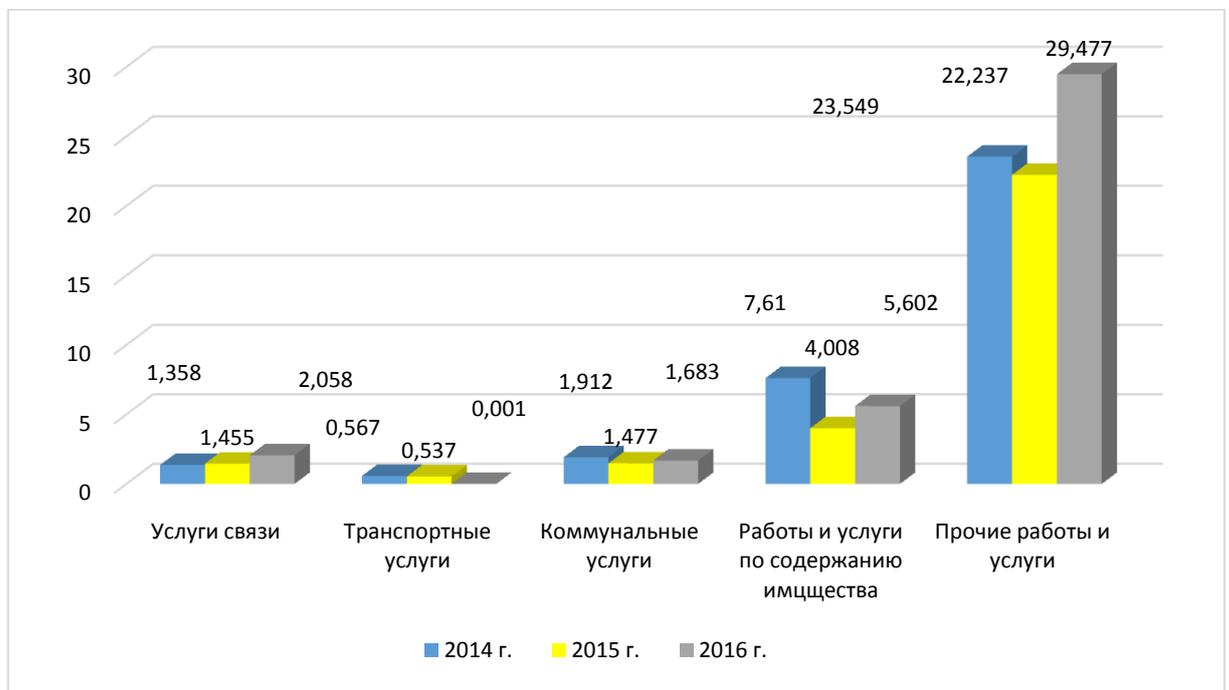


Рисунок 2.14-Динамика расходов по статье 220 “Оплата работ и услуг”.
(млн. руб.)

Рассмотрим расходы по статье 310 “Увеличение стоимости основных средств”.

Таблица 2.10-Динамика расходов на приобретение основных средств за период с 2014 г. по 2016 г. (млн. руб.)

	КОСГУ	Наименование	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Темп роста, % 2016 г./2014 г.
1	310	Основные средства	0,960	1,293	2,114	120,2

По данным таблицы 2.10 видно, что с каждым годом расходы на приобретение основных средств растут. В 2016 г. произошел рост расходов на 0,821 млн. руб. по сравнению с 2015 г. По данным таблицы построим диаграмму.



Рисунок 2.15-Динамика роста расходов по статье 310 “Увеличение стоимости основных средств”. (млн. руб.)

Рассмотрим представленные в таблице расходы по статье 340 “Увеличение стоимости материальных запасов”.

Таблица 2.11-Расходы по статье 340 “Увеличение стоимости материальных запасов”. (млн. руб.)

	КОСГУ	Наименование	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Темп роста, % 2016 г./2014 г.
--	-------	--------------	---------	---------	---------	----------------------------------

	340		5,655	5,251	5,422	-4,12
1		Бумага для оргтехники	0,512	0,354	0,187	-0,63
2		ГСМ	3,374	3,387	3,094	-0,08
3		Запасные части для оргтехники	0,432	0,225	0,009	-0,97
4		Канцтовары	0,142	0,164	0	-100
5		Материальные запасы	1,180	1,112	2,131	80,59
6		Справочная литература	0,001	0,006	0	-100

Рассмотрим расходы по статье 340 “Увеличение стоимости материальных запасов” в 2015 г. и 2016 г. по составу.

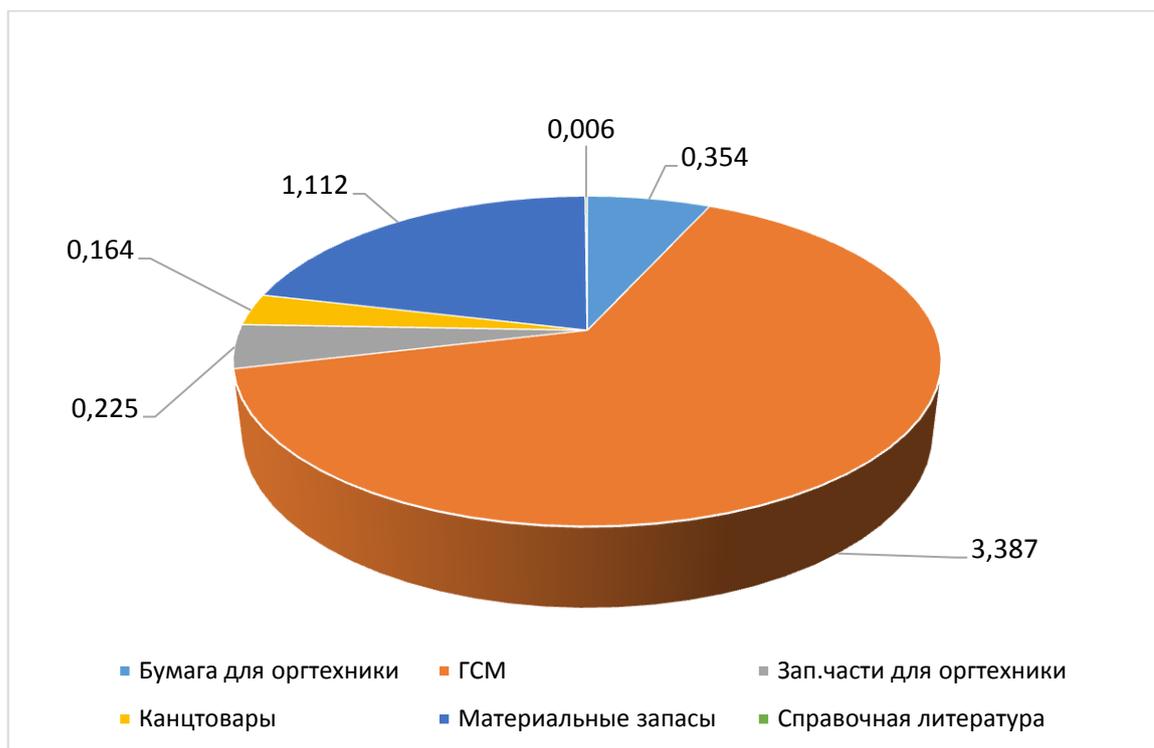


Рисунок 2.16-Состав расходов по статье 340 в 2015 г. (млн.руб.)

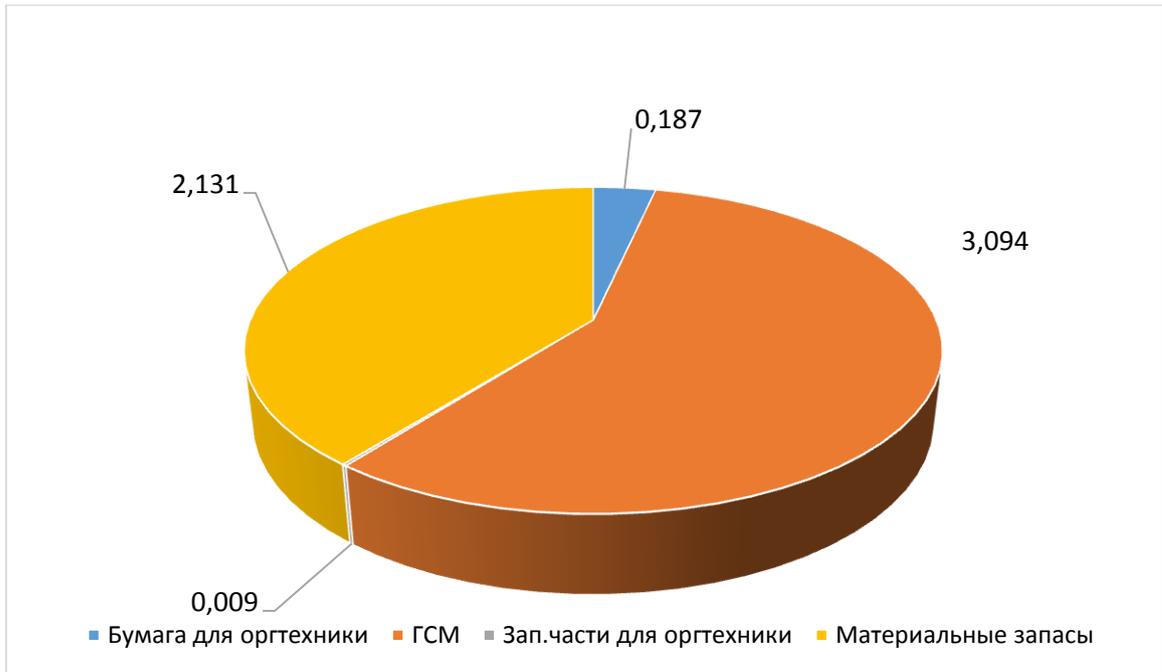


Рисунок 2.17-Состав расходов по статье 340 в 2016 г. (млн.руб.)

Из диаграммы видно, что структура расходов в 2016 г. отличается от 2015 г. В 2016 г. отсутствует приобретение канцелярских товаров и справочной литературы.

Рассмотрим динамику расходов по статье 340 в разрезе показателей за период 2014 г. по 2016 г.

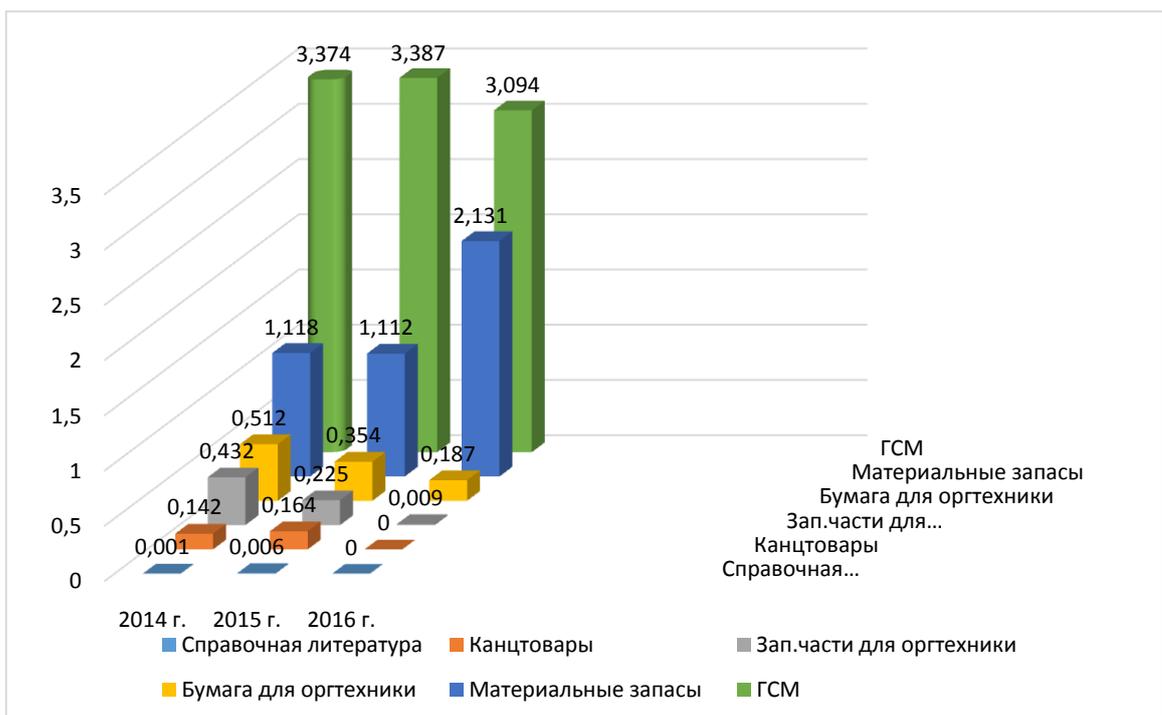


Рисунок 2.18-Динамика расходов по статье 340 «Увеличение стоимости материальных запасов». (млн. руб.)

Как видно из рисунка 2.18, по статье 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» расходы незначительно увеличились. Расходы на ГСМ в 2015 году увеличились по сравнению с 2014г. на 0,013 млн. руб., что связано с повышением тарифов на горюче-смазочные материалы. Расходы на канцелярские товары в 2015 году по сравнению с 2014 годом увеличились на 0,022 млн. рублей, что связано с увеличением стоимости канцелярских товаров, а не их количества. По расходам на приобретение запчастей расходного материала для оргтехники и бумаги для оргтехники просматривается снижение расходов.

Проанализируем и сравним расходы по непрограммным направлениям деятельности ТФОМС. с 2015 г. по 2016 г.

В 2016 г. расходы по непрограммным направлениям деятельности территориального Фонда обязательного медицинского страхования Самарской области» в сумме 27 758,365 млн. рублей или 100,0% от расходов, предусмотренных бюджетом, были распределены следующим образом:

- финансирование СМО на оплату медицинских услуг (в рамках базовой программы ОМС) – 26 513,165 млн. рублей, что составляет 100,3% от утвержденного показателя и больше аналогичного показателя прошлого года на 1 080,747 млн. рублей (или на 4,2%);

- финансирование СМО на оплату медицинских услуг на финансовое обеспечение мероприятий по долечиванию (сверх базовой программы ОМС) – 215,224 млн. рублей, что составляет 99,5% от утвержденного показателя и меньше аналогичного показателя прошлого года на 10,118 млн. рублей (или на 4,5%);

- средства на ведение дела СМО – 268,247 млн. рублей, что больше аналогичного показателя прошлого года на 9,820 млн. рублей (или на 3,8%);

- средства нормированного страхового запаса Фонда –761,729 млн. рублей, что составляет 89,6% от утвержденного показателя и меньше аналогичного показателя прошлого года на 353,271 млн. рублей (или на 31,7%);

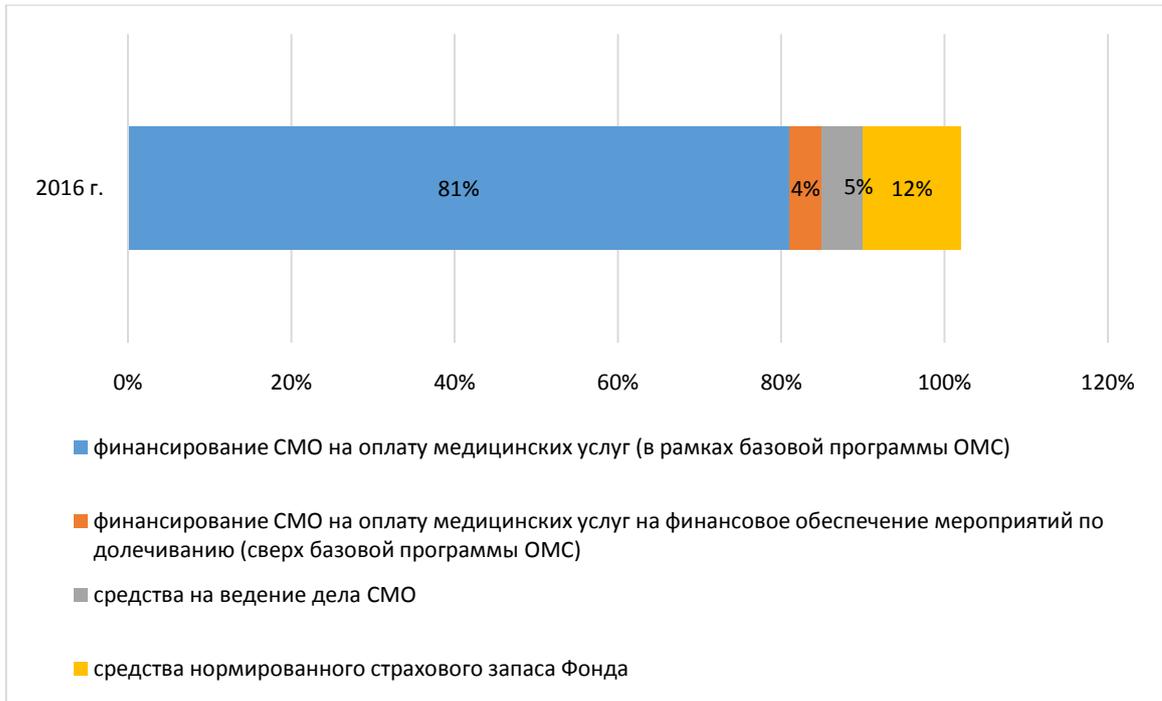


Рисунок 2.19-Структура расходов по непрограммным направлениям в 2016 г.

Рассмотрим динамику расходов по непрограммным направлениям деятельности территориального Фонда обязательного медицинского страхования Самарской области за период с 2015 г. по 2016 г.

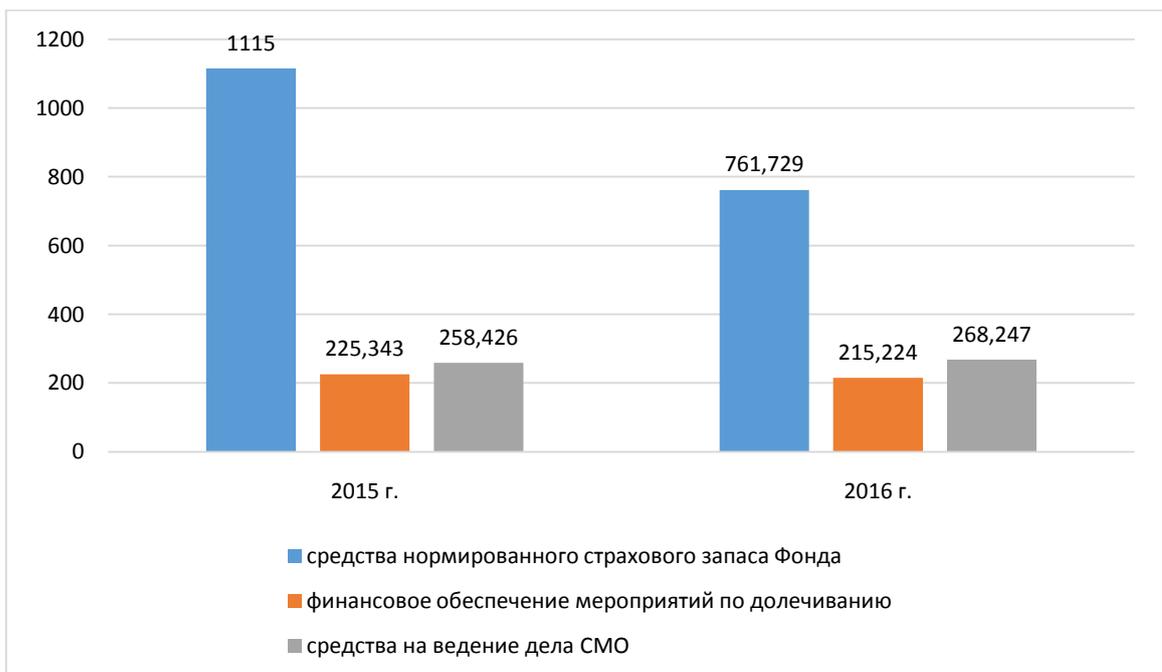


Рисунок 2.20-Динамика расходов по непрограммным направлениям за 2015 г. и 2016 г. (млн. руб.)

Из рисунка видно, что в 2016 г. снизились расходы на финансовое обеспечение мероприятий по долечиванию, а вот средства на ведение дела СМО наоборот увеличились.

ТФОМС осуществляет финансирование страховых медицинских организаций. В 2016 году на территории Самарской области в системе ОМС работали следующие страховые медицинские организации:

- АО СК «Аскомед»;
- АО «СК «Астро-Волга-Мед»;
- ООО СК «Альянс-Мед»;
- ЗАО СК «Согласие-М» Самарский филиал;
- филиал ЗАО «Макс-М» в г. Самара;
- Самарский филиал АО «МСК «УралСиб».

Рассмотрим расходы по финансированию страховых медицинских организаций в 2016 г. при помощи таблицы 2.12.

Таблица 2.12-Расходы на финансирование страховых медицинских организаций за 2016 г. (млн. руб.)

	Наименование СМО/ Вид финансирования	Оплата медицинской помощи с учетом дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС	Санаторно-курортное обеспечение	Дополнительное финансирование (обеспечение ТП ОМС)
1	ООО СК «Альянс-Мед»;	584,915	5,511	9,344
2	АО «СК «Астро-Волга-Мед»;	14370,797	128,529	298,652

3	АО СК «Аскомед»;	5456,575	61,469	107,644
4	ЗАО СК «Согласие-М» Самарский филиал;	229,073	2,614	5,062
5	филиал ЗАО «Макс-М» в г. Самара;	6260,824	35,853	144,402
6	Самарский филиал АО «МСК «УралСиб».	120,563	1,429	2,453

В рамках Территориальной программы ОМС за счет межбюджетных трансфертов из областного бюджета бюджету ТФОМС осуществляется долечивание (реабилитация) работающих граждан, проживающих в Самарской области, в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения.

Рассмотрим рост расходов на санаторно-курортное обеспечение на примере диаграммы за 2014 г. -2016 г. (рис 2.21.)

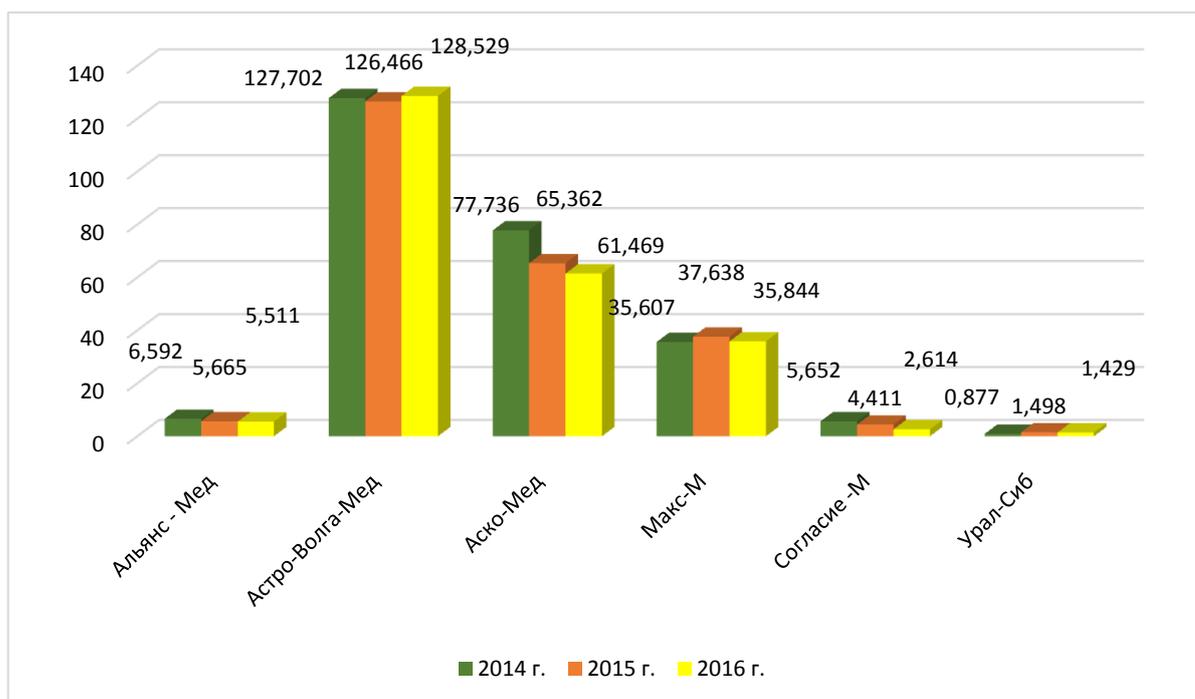


Рисунок 2.21-Динамика расходов на санаторно-курортное обеспечение за период с 2014 г. по 2016 г. (млн. руб.)

Из диаграммы видно, что расходы на санаторно-курортное обеспечение в 2016 г. снизились по сравнению с 2015 г. на 24 млн. руб. Если сравнивать 2014 г. и 2015 г., то расходы в 2014 г. были больше на 7 млн. руб.

Остаток денежных средств Фонда на 01.01.2017 составил 192 891,7 тыс. рублей.

3. Совершенствование методики оценки эффективности деятельности системы обязательного медицинского страхования.

Переход к системе обязательного медицинского страхования ознаменовал появление принципиально новых экономических взаимоотношений в системе здравоохранения. В результате этого отрасль перешла от финансирования по принципу “содержания” к принципу “зарабатывания средств” за оказанную медицинскую помощь. Макроэкономические последствия активного внедрения в здравоохранение рыночных отношений, введение обязательного медицинского страхования и других инноваций, оказавших влияние на отрасль, освещены достаточно хорошо, однако микроэкономический уровень исследован намного меньше. И поскольку многое в работе медицинских учреждений определяется экономическими факторами, большой интерес представляет анализ эффективности деятельности системы ОМС.

Вопрос оценки эффективности деятельности системы ОМС приобретает особую актуальность для совершенствования методов рационального и эффективного финансового взаимодействия субъектов и участников системы ОМС. В каждом субъекте Федерации (регионе) существует своя модель системы обязательного медицинского страхования. Отсутствует комплексная система сравнительной оценки деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Не собираются и не анализируются данные об особенностях организации финансирования здравоохранения из средств региональных и местных бюджетов и средств ОМС, о видах используемых медико-экономических стандартов и финансовых нормативов, об особенностях регулирования предоставления платных медицинских услуг и лекарственного обеспечения и т.д.

Целесообразно применять несколько видов оценок: внутриучрежденческую экспертизу, вневедомственную экспертизу, оценку заказчика услуг (например, поликлиники оценивают стационарную помощь), мнения пациентов. Экономическая характеристика деятельности лечебного учреждения и отдельных структурных подразделений очень важна, ибо хорошего результата можно достигнуть и очень дорого, и очень дешево, и это надо учитывать, говоря об эффективности лечения. Применение для оценки качества и эффективности самых важных показателей здоровья позволит избежать ошибочной оценки, которая может возникнуть, когда применяются для этого показатели заболеваемости или выхода на инвалидность.

Показатели оценки деятельности систем обязательного медицинского страхования должны соответствовать таким требованиям как:

1. адекватность отражения оцениваемого результата;
2. обозначение целевой группы (бенефициара);
3. отражение параметров оцениваемого состояния целевой группы;
4. предоставление количественных характеристик динамики параметра;
5. установление временного периода оцениваемого состояния.

При определении показателей результатов деятельности за основу должны браться направления деятельности системы ОМС, а также установленные функции. Необходимо участие в этих процессах определения показателей внешних экспертов, представителей целевых групп. Это позволит обеспечить объективность и ориентацию на клиентов.

Для разработки показателей необходимо провести анализ функции с точки зрения ее наполнения конкретными видами деятельности. В ходе анализа функции выясняется какую конкретно деятельность подразумевает функция, содержится ли в формулировке функции конкретное указание на результат (продукт, услугу) ее выполнения, имеются ли указания на внешнего пользователя результатом функции, имеются ли требования пользователя к этому результату. Если данные сведения получить не удастся, данная функция не может быть использована для определения показателя результатов. Показатели результатов могут разрабатываться на основе содержательной интерпретации основной цели территориальных фондов обязательного медицинского страхования и направлений их деятельности. Такой подход подразумевает анализ основных деловых процессов территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Главная задача заключается в обосновании всей цепочки, приводящей к конечному, общественно значимому эффекту. Показатели результатов могут быть разделены на обязательные и индикативные. Обязательные показатели необходимо соблюдать и контролировать. Индикативные показатели необходимы в применении оценки работы территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целом, при формировании стратегических планов его деятельности. Индикативные показатели характеризуют достижения желаемого состояния, ожидаемой динамики, необходимого диапазона значений параметров целевой группы или подведомственной сферы.

Целесообразно подразделять результирующие показатели на показатели основной (постоянной, текущей) деятельности и показатели выполнения отдельных заданий (программ). Показатели основной деятельности связаны с

постоянными, установившимися деловыми процессами территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Их исполнение является основой деятельности территориальных фондов. Показатели выполнения отдельных заданий должны определяться при установлении для территориальных фондов обязательного медицинского страхования поручений вышестоящего органа, специальных программ, при участии фондов в национальных проектах, иных видах активности, которая носит крайне значимый, но временный характер. Для формирования информационной базы показателей результативности прежде всего должны быть использованы имеющаяся статистическая отчетность, утвержденные нормы, нормативы и стандарты услуг. Ряд показателей может быть рассчитан на основе агрегирования нескольких имеющихся статистических показателей, построения комплексных индексов. Однако при этом целесообразно избегать сложных формул и субъективного нормирования, поскольку это снижает объективность и достоверность итогового показателя.

С учетом функций, установленных для территориальных фондов обязательного медицинского страхования, постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (в ред. Федерального закона от 5 августа 2000 г. № 118-ФЗ (ред. 24 марта 2001 г.)) рекомендуются следующие направления оценки систем обязательного медицинского страхования субъектов РФ:

- 1) Оплата медицинской помощи в системе ОМС.
- 2) Защита прав застрахованных в системе ОМС.
- 3) Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС.
- 4) Организация предоставления медицинской помощи застрахованным.
- 5) Управление средствами ОМС.

Рассмотрим каждое направление более подробно.

Оплата медицинской помощи в системе ОМС: выбор способа оплаты медицинской помощи существенно определяет стимулы медицинских

организаций, работающих в системе ОМС, также определяет эффективность использования финансовых ресурсов в системе ОМС. Методы оплаты медицинской помощи можно классифицировать на основе двух главных характеристик:

1. Доминирующего принципа возмещения расходов медицинских организаций. Существует два принципа возмещения расходов медицинской организации, это принцип ретроспективной оплаты — за фактические объемы оказанной медицинской помощи и принцип предварительной оплаты. Данный принцип предусматривает планирование объемов медицинской помощи медицинской организацией и последующее согласование планов с планами страховщика.

2. Единицы учета объемов медицинской помощи.

Оценка деятельности систем ОМС по данному направлению (оплата медицинской помощи) позволяет задать такие критерии оценки, которые позволят верифицировать системы ОМС. Выбранный способ оплаты медицинской помощи направлен на решение следующих задач:

1. повышение профилактической направленности здравоохранения;
2. сдерживание объемов стационарной медицинской помощи;
3. обеспечение ориентированности на пациента;
4. обеспечение экономических стимулов, направленных на повышение доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи.

В качестве одного из критериев может быть использован такой, как внедрение системы фондодержания при оплате амбулаторно-поликлинического звена. Система фондодержания — это метод подушевой оплаты амбулаторно-поликлинического звена за каждого прикрепившегося пациента, при котором в нормативе его финансирования предусматривается оплата как собственной деятельности, так и услуг других медицинских организаций (поликлиник, стационаров, скорой помощи. Это предварительный метод оплаты. Учетная единица — комплексная медицинская или комплексная амбулаторная услуга. Цель введения системы фондодержания — повысить ответственность работников

амбулаторно-поликлинических учреждений (далее — поликлиник) за состояние здоровья прикрепившегося населения, обеспечить их мотивацию к улучшению качества первичной медико-санитарной помощи, преодолению структурных диспропорций в здравоохранении.

Защита прав застрахованных в системе ОМС: выбранное направление необходимо для оценки усилий системы ОМС в части ориентации на пациента. В настоящее время права граждан в части получения медицинской помощи декларированы законодательством. Права граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования определены Федеральным Законом от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп.) и Федеральным законом от 21.11.2011 года N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе:

1. Выбор медицинского учреждения и врача по согласованию с администрацией лечебного учреждения;
2. Получение бесплатной медицинской помощи, соответствующей по объему и качеству Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
3. Бесплатное обеспечение лекарственными средствами при оказании скорой медицинской и стационарной помощи в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств;
4. Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
5. Получение информации о своих правах и обязанностях;
6. Получение доступной информации о состоянии здоровья;
7. Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
8. Согласие или отказ от медицинского вмешательства;

9. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе;

10. Допуск адвоката для защиты своих прав;

11. Допуск священнослужителя в медицинское учреждение;

Основной задачей Территориального фонда ОМС является обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Территориальные фонды ОМС обеспечивают решение данной задачи за счет выполнения следующих функций:

- a) осуществление выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС;
- b) рассмотрение обращений граждан;
- c) рассмотрение жалоб граждан;
- d) рассмотрение спорных случаев по защите прав граждан в досудебном порядке;
- e) осуществление контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС, в том числе: медико-экономический контроль; медико-экономическая экспертиза страховых случаев; экспертиза качества медицинской помощи; медико-экономический контроль; медико-экономическая экспертиза страховых случаев; экспертиза качества медицинской помощи;
- f) проведение социологических исследований (опросов) с целью оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи
- g) информирование граждан о правах в системе ОМС.

Таким образом, в целях приведения функционирования систем ОМС в части защиты прав застрахованных к единым стандартам необходимо определить соответствующие критерии, которые позволили бы оценить интенсивность исполнения функций по защите прав застрахованных.

Организация предоставления медицинской помощи застрахованным: в рамках данного направления оценки необходимо оценивать ключевые параметры

структуры оказания медицинской помощи, сложившиеся в региональной системе ОМС. К ним относятся:

1. Объем скорой медицинской помощи;
2. Относительный объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС. Это позволит оценить профилактическую направленность здравоохранения в системе ОМС, эффективность использования ресурсов (с учетом доказанного факта: профилактика дешевле лечения), ориентированность системы на пациента;
3. Уровень внедрения стационарозамещающих технологий, который позволит оптимизировать расходы на лечение заболеваний в условиях дневного стационара;
4. Объем стационарной помощи. Наличие лишних коек приводит к неэффективному использованию ресурсов на оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. Таким образом, в текущих условиях, когда объем койко-дней, установленный в территориальной программе ОМС, превышает установленные федеральные нормативы, представляется целесообразным проводить оценку по данному аспекту исходя из необходимости сокращения объема стационарной медицинской помощи за счет переноса части помощи на уровень первичного звена и внедрения стационарозамещающих технологий.

В рамках данного направления оценки деятельности систем ОМС необходимо провести анализ эффективности дополнительных мероприятий, которые характеризуют уровень организации предоставления медицинской помощи. В этом случае должен быть разработан критерий, дающий оценку выявления заболеваний при проведении дополнительной диспансеризации.

Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС: одноканальное финансирование можно условно разделить на два типа: неполное (когда максимально наполняется тариф) и полное (когда помимо наполненного тарифа, в ОМС вводятся новые виды медицинской помощи).

Необходимо выделить несколько целей, на достижение которых направлено одноканальное финансирование:

- a) повышение доступности медицинской помощи и проведение реструктуризации здравоохранения за счет обеспечения возможности создания межрайонных центров;
- b) переход на страховой принцип финансирования позволяет реализовать принцип «деньги следуют за пациентом».
- c) обеспечение эффективности использования ресурсов за счет отказа от сметного принципа.

Внедрение одноканального финансирования позволяет стимулировать реструктуризацию сети лечебных учреждений — без изменения способа финансирования снижение объемов стационарной помощи, обеспечиваемое усилиями амбулаторно-поликлинических учреждений, не повлечет за собой перемещения финансовых средств в пользу последних. При переходе на одноканальное финансирование с включением в систему ОМС большинства видов медицинской помощи необходимо разработать дифференцированную систему оплаты медицинской помощи. Аккумуляция средств в системе ОМС позволит осуществить переход к системе единого плательщика за медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет государства. Страховщик получит финансовые рычаги влияния на процесс реструктуризации. Принцип оплаты реально оказываемых медицинских услуг станет универсальным.

Управление средствами ОМС: выбор данного направления оценки обусловлен наличием ключевой функции территориального фонда ОМС — это обеспечение финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивание финансовых ресурсов на его проведение. Реализация указанной функции осуществляется за счет:

- 1) Финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированному подушевому нормативу;

- 2) Предоставления субсидий страховым медицинским организациям за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС;
- 3) Межтерриториальных расчетов.

Таким образом, показатели оценки деятельности системы ОМС по данному направлению должны удовлетворять перечисленным условиям.

Разработаем методику оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ.

Целью настоящей методики является определение единых методических подходов к организации сравнительного анализа эффективности деятельности систем ОМС субъектов РФ. Сравнительный анализ эффективности деятельности систем ОМС субъектов РФ осуществляется по следующему алгоритму:

На первом этапе проводится расчет достигнутого уровня деятельности системы ОМС по показателям, характеризующим деятельность системы ОМС;

На втором этапе проводится расчет индекса динамики показателей деятельности системы ОМС. Индекс динамики показателей деятельности системы ОМС (ИДОМС) определяется по 10-балльной шкале по алгоритму, приведенному для расчета достигнутого уровня деятельности системы ОМС. В основу для расчета индекса динамики берется коэффициент роста значений показателей и рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{r_y} = K_y^n / K_y^{n-1} * 100\% \quad (1)$$

где K_{r_y} — коэффициент роста значения показателя K_y по отношению к предыдущему периоду;

K_y^n — значение показателя K_y в отчетном периоде n ;

K_y^{n-1} — значение показателя K_y в периоде $n - 1$;

На третьем этапе рассчитывается интегральная оценка эффективности деятельности системы ОМС, которая включает в себя достигнутый уровень

деятельности системы ОМС (ОМСду) и индекс динамики показателей деятельности системы ОМС (ОМСид) по следующей формуле:

$$\text{ИОомс} = \text{ОМСид} * 0,6 + \text{ОМСду} * 0,4 \quad (2)$$

где 0,6 и 0,4 — значения весовых коэффициентов при ОМСид и ОМСду соответственно;

На четвертом этапе рассчитывается интегральный индекс здоровья по показателям, характеризующим уровень здоровья населения субъекта РФ. Значение индекса здоровья населения субъекта РФ рассчитывается по десятибалльной шкале по следующей формуле:

$$\text{Изд} = \text{Изд}_1 * \text{вк}^{3д}_1 + \text{Изд}_2 * \text{вк}^{3д}_2 + \text{Изд}_3 * \text{вк}^{3д}_3 + \text{Изд}_4 * \text{вк}^{3д}_4 + \text{Изд}_5 * \text{вк}^{3д}_5 + \text{Изд}_6 * \text{вк}^{3д}_6 \quad (3)$$

где: Изд_1 — индекс младенческой смертности;

Изд_2 — индекс материнской смертности;

Изд_3 — индекс инвалидности;

Изд_4 — индекс заболеваемости онкопатологией IV стадии;

Изд_5 — индекс заболеваемости туберкулезом запущенной формы;

Изд_6 — индекс удовлетворенности населения.

$\text{вк}^{3д}_1$ — $\text{вк}^{3д}_6$ — весовые коэффициенты при индексах Изд_1 — Изд_6 соответственно.

Состав индексов здоровья населения субъекта Российской Федерации представлен в таблице 3.1.

Таблица 3.1- Состав индекса здоровья населения.

Наименование индекса здоровья населения	Наименование показателя
Изд_1 - индекс младенческой смертности	Младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на одну тысячу родившихся живыми)
Изд_2 - индекс материнской	Материнская смертность (число умерших женщин на сто

смертности	тысяч детей, родившихся живыми)
Изд ₃ - индекс инвалидности	Доля лиц трудоспособного возраста, впервые призванных инвалидами, в общей численности лиц, впервые призванных инвалидами, %
Изд ₄ - индекс заболеваемости онкопатологией IV стадии	Доля впервые выявленных больных онкологическим заболеванием IV стадии в общем числе, %
Изд ₅ - индекс заболеваемости туберкулезом запущенной формы	Доля впервые выявленных больных туберкулезом запущенной формы в общем числе, впервые выявленных больных туберкулезом, %
Изд ₆ - индекс удовлетворенности населения	Коэффициент роста удовлетворенности населения медицинской помощью

Для определения значений индексов Изд₁ — Изд₆ по 10-балльной шкале применяется следующий порядок: 10 баллов присваивается субъекту РФ, по которому рассчитанное значение показателя является минимальным в совокупности всех оцениваемых систем ОМС субъектов РФ. Другим субъектам РФ присваиваются оценки менее 10 баллов пропорционально рассчитанным значениям показателей;

На пятом этапе определяется уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС в соответствующем периоде, скорректированный на районный коэффициент. Расчет уровня подушевого финансирования территориальной программы ОМС по 10-балльной шкале осуществляется в следующей последовательности:

1. Определяется уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС в субъекте РФ.

2. Производится корректировка уровня подушевого финансирования территориальной программы ОМС на районный коэффициент к заработной плате по следующей формуле:

$$\text{ПФин}_{\text{ОМС}}^{\text{сКорр}} = \text{ПФин}_{\text{ОМС}} / \text{К}_{\text{р-н}}; \quad (4)$$

где $ПФин_{ОМС}^{с\text{корр}}$ - уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС, скорректированный на районный коэффициент к заработной плате.

$ПФин_{ОМС}$ - фактический уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС в отчетном периоде (год);

$К_{р-п}$ - районный коэффициент к заработной плате.

Определяется уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС по 10-балльной шкале — 10 баллов присваивается субъекту РФ, которому соответствует максимальный уровень подушевого финансирования ТПОМС ($ПФин_{ОМС}^{с\text{корр}}$) среди всех субъектов РФ. Другим субъектам РФ присваиваются оценки менее 10 баллов пропорционально уровню подушевого финансирования ТПОМС.

При необходимости рассчитывается интегральная оценка (от 0 до 10), включающая значения интегрального индекса здоровья (от 0 до 10), интегральной оценки эффективности деятельности системы ТПОМС (от 0 до 10), уровня подушевого финансирования, скорректированного на районный коэффициент (от 0 до 10). При определении интегральной оценки может использоваться как среднеарифметическое значение по трем указанным величинам, так и средневзвешенное значение (весовые коэффициенты определяются экспертным путем);

По итогам расчетов, произведенных в соответствии с пунктами 1—6, формируется следующая таблица:

Наименование субъекта РФ	Интегральный индекс здоровья (от 0 до 10)	Интегральная оценка эффективности деятельности систем ОМС (от 0 до 10)	Уровень подушевого финансирования ТПОМС, скорректированный на районный коэффициент (от 0 до 10)	Интегральная оценка (от 0 до 10)

--	--	--	--	--

Согласно данной методике балльного оценивания максимальный бал присваивается системе ОМС субъекта РФ, по которому значение показателя эффективности является минимальным либо максимальным в совокупности с рассматриваемых системам. Оставшимся же системам обязательного медицинского страхования оценки присваиваются пропорционально значениям показателей. Достигнутый уровень деятельности систем ОМС по каждому направлению оценивания определяется как взвешенная аддитивная свертка частных показателей. Процедура балльного оценивания не всегда позволяет получить реальную картину достигнутого уровня эффективности деятельности системы обязательного медицинского страхования.

Например, на основе методологии Всемирной организации здравоохранения для оценки эффективности системы ОМС (авторский состав: С.П. Ермаков, Е.П. Кокорина, С.В. Шишкин) разработана методика в которой оценка возможно провести по 6 показателям:

1. индикатор общего уровня здоровья;
2. индикатор распределения уровня здоровья среди населения;
3. индикатор общего уровня отзывчивости системы здравоохранения;
4. индикатор справедливости распределения бремени финансирования здравоохранения;
5. интегральный показатель оценки эффективности здравоохранения;
6. интегральный показатель структурной эффективности;

Результаты данной оценки позволяют сравнить прогресс территориальных систем здравоохранения и достичь следующие цели:

1. улучшить состояние здоровья населения
2. повысить эффективность использования ресурсов
3. справедливо распределить расходы на здравоохранение
4. повысить отзывчивость к ожиданиям людей в вопросах, не связанных с состоянием здоровья

Предложенный ВОЗ подход к сравнительной оценке национальных систем здравоохранения открывает возможности построения комплексных оценок эффективности работы территориальных систем здравоохранения и их сопоставления друг с другом и с другими странами.

Согласно методике, представленной Федеральным ФОМС (письмо от 23.12.2010 г. №6488/20-3/н), оценка эффективности системы ОМС осуществляется по следующим направлениям деятельности:

1. Качество управления
2. Финансовая устойчивость
3. Продолжительность жизни
4. Организация финансирования
5. Защита прав застрахованных
6. Эффективное использование средств, направленных на улучшение показателей здоровья населения.

Значение показателей рассчитывается по определенным формулам. Для показателей, рост значений по которым свидетельствует об увеличении либо об уменьшении эффективности системы ОМС, 100% присваивается субъекту, у которого сложилось наибольшее расчетное значение показателя. Дальнейшее значение показателя рассчитывается по формуле:

$$U=100*(1-A) \quad (5)$$

где: U – искомое значение выражения;

A - процентное выражение показателя от максимального значения среди всех субъектов в долях от единицы;

Расчетные значения показателей, переведенные в процентное отношение от максимального расчетного значения, суммируются между собой. Далее полученная сумма делится на число показателей. Получившаяся величина является итоговым параметром эффективности и используется для ранжирования субъектов системы обязательного медицинского страхования. Следующим этапом

оценки является выявление динамического индекса, который позволяет оценить изменение и прогресс результатов в зависимости от изменения объекта финансирования здравоохранения территориального субъекта.

Динамический индекс определяется по формуле:

$$K_{r_y} = \frac{K_y^n}{K_y^{n-1}} * 100\% \quad (6)$$

где: K_{r_y} – коэффициент роста значения показателей K_y по отношению к предыдущему периоду;

K_y^n – значение итогового параметра эффективности в отчетном периоде n ;

K_y^{n-1} – значение итогового параметра эффективности в периоде $n-1$;

Изменение итогового параметра эффективности сравнивается с изменениями объемов финансирования здравоохранения в данном субъекте РФ, также выраженным в процентном значении.

Данная методика позволила произвести разграничение показателей характеризующих непосредственно результаты работы, фиксированные во внешней среде, и выпуск – итог выполнения вспомогательных функций внутри системы ОМС, осуществлена классификация показателей в соответствии с составляющими понятия “эффективность” экономией, производительностью и результативностью.

Над разработкой методик работает множество специалистов в области медицинского страхования и экономике здравоохранения. Несмотря на большое количество предлагаемых методик отсутствуют единые наборы критериев и составляющих их показателей, ограничено представлена информация о региональных различиях в системе здравоохранения и обязательного медицинского страхования

Заключение

Здоровье населения – один из основных элементов социального, культурного и экономического развития страны. Обеспечение населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, финансируемой из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования, – важнейшая государственная задача. Обязательное медицинское страхование – основное направление развития системы охраны здоровья населения Российской Федерации. Долгое время единственным источником финансирования отечественного здравоохранения был государственный бюджет. Сложное экономическое положение в России и отсутствие возможности государства обеспечить за свой счет оплату медицинской помощи населению привели к созданию и развитию бюджетно-страховой медицины. Появление медицинского страхования позволило сохранить бесплатную медицинскую помощь в условиях нехватки бюджетных средств за счет ОМС, также развить частную медицину посредством добровольного медицинского страхования.

Введение обязательного медицинского страхования стало одним из главных аспектов реформы здравоохранения, проводимой в России, оно направлено на решение вопросов оказания медицинской помощи населению в современных условиях. Задачи ОМС выражены в повышении устойчивости системы здравоохранения, привлечения дополнительных финансовых средств, а также в обеспечении равных возможностей граждан в получении лечебно–профилактической помощи.

Система обязательного медицинского страхования представлена 3-мя уровнями страхования:

- 1 уровень: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
- 2 уровень: Территориальные фонды обязательного медицинского страхования.
- 3 уровень: Страховые медицинские организации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предоставляется стационарная помощь и амбулаторно-поликлиническая. Стационарная помощь включает в себя услуги по диагностики, использование медицинских инструментов и бесплатное предоставление лекарств. Амбулаторно – поликлиническое обслуживание выражается в оказании помощи в поликлиники и на дому, проведении диагностики и диспансерному наблюдению.

В базовой программе установлены нормативы объемов медицинской помощи. На основе базовой программы разрабатывается территориальная программа обязательного медицинского страхования. Все отношения между субъектами ОМС строятся на договорной основе. Страховой полис выдается страховой медицинской организацией каждому застрахованному ею гражданину и удостоверяет заключение договора.

В ходе исследования было выявлено, что развитие обязательного медицинского страхования сопряжено с множеством проблем, в том числе и дефицит денежных ресурсов, вопросы качества оказания медицинской помощи, правовая защищенность и вопросы рационального использования денежных ресурсов.

Цель настоящей работы заключалась в исследовании и анализе формирования финансовых ресурсов ТФОМС Самарской области, совершенствовании существующей методики оценки эффективности деятельности системы ОМС.

Для достижения указанной цели перед работой был поставлен ряд задач.

Для решения задачи, которая заключалась в изучении теоретических основ функционирования бюджетной организации было рассмотрено финансирование страховой системы здравоохранения. После исследования данной задачи можно сделать вывод, что страховая система здравоохранения более защищена от остаточного принципа финансирования, характерного для многих бюджетных систем здравоохранения, так как она финансируется из общественных фондов потребления и формируется на целевой основе.

При решении задачи, которая заключалась в изучении проблем медицинского страхования граждан, была изучена государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации, в которой отражены наиболее острые проблемы. Для решения данных проблем требуется разработка единого комплексного плана.

Для решения задачи, которая заключалась в анализе процесса формирования и использования финансовых ресурсов бюджетного учреждения на примере некоммерческого финансово-кредитного учреждения ТФОМС Самарской области, были проанализированы доходы и расходы данного учреждения, проведен анализ расходов федерального и областного бюджетов на обязательное медицинское страхование. На основе изученных данных можно сделать вывод, что ТФОМС аккумулирует финансовые средства обязательного медицинского страхования, непосредственно разрабатывает и совершенствует территориальную программу ОМС населения. Основная часть финансовых ресурсов поступает из бюджета Федерального фонда ОМС. Общий объем межбюджетных трансфертов, поступивших из бюджета ФФОМС в 2016 г. составил 27 569,5 млн.руб. (на 602,694 млн.руб. больше, чем в 2015 г.). Из областного бюджета Самарской области поступили средства в сумме 218,5 млн. руб. (на 11,5 млн.руб. меньше, чем в 2015 г.). Фактически бюджет ТФОМС исполнен в 2016 г.:

- по доходам в сумме 28 194,0 млн.руб. или 100,6% к плановым показателям утвержденного бюджета и 102,9% к первоначальному плану;

- по расходам в сумме 28 012,3 млн.руб., что составляет 99,9% от объема расходов, утвержденных Законом.

Также в составе бюджета формируется нормированный страховой запас. В 2015 г. Средства НСЗ израсходованы в сумме 1 115 млн.руб. (исполнение по данному направлению составило 100%), в 2016 г. 761,7 млн. руб. (исполнение по данному направлению составило 89,6%).

При решении задачи, которая заключалась в совершенствовании методики оценки эффективности деятельности системы ОМС, рассмотрены методики, по

которым необходимо оценивать эффективность деятельности системы ОМС. Рекомендовано заменить в существующей методике показатель “Продолжительность жизни” на показатель “Уровень здоровья населения”. Поскольку, он более полно отражает эффективность деятельности системы ОМС и учитывает дополнительные показатели, характеризующие состояние здоровья населения субъекта Российской Федерации.

Список используемой литературы

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 г. (с учетом поправок, которые внесены Законом РФ “О поправках к Конституции РФ от 30 декабря 2008 г. №6-ФКЗ, от 30 декабря 2008 г. №7-ФКЗ, от 05 февраля 2014 г. №2-ФКЗ, от 21 июля 2014 г. №11-ФКЗ.)
2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп.)
3. Федеральный Закон от 05 апреля 2013 г. №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»
4. Закон Самарской области №130-ГД от 14 декабря 2015 г. «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» (с изм. и доп. от 06.06.2016 г., 23.11.2016 г.)
5. Закон Самарской области от 17 июля 2017 года №85-ПД “Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области за 2016 год”.
6. Постановление Правительства Самарской области от 24.12.2015 г. №880 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи на 2016 год» (с изменениями и дополнениями от 05.05.2016 № 218, от 06.12.2016 № 698)
7. Положение о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Самарской области, утвержденное Постановлением Правительства Самарской области от 18.04.2012г. №202 (с изм. от 19.10.2012 №541, от 19.10.2012 г., от 22.05.2015 г., от 19.05.2017 г.)
8. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Распоряжение правительства от 24 декабря 2012 г. № 2511р

9. Приказ ФФОМС №227 от 1.12.2010 г. “О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования” (с изм. и доп.)
10. Антипенко Э.С. Аспекты понятий и закономерностей формирования и развития системы здравоохранения/Московский государственный медико-стоматологический университет. – Изд.3-е, исп. И доп. – Москва: Спутник +,2015 – 167 с.
11. Адеева С.П. Модернизация здравоохранения / С.П.Адеева // Здравоохранение. – 2014. – № 2. – С. 50-53.
12. Бодров А.А, Т.Е. Водоватова, О.А. Горбунова, Л.В. Молчкова, У.М. Сталькина. Методические рекомендации по выполнению выпускных квалификационных работ / Составители: составители Д.В. Березовский,– Самара: МИР, 2015. – 35 с.
13. Гехт И.А., Хуторской М.А. Медицинское страхование: проблемы и перспективы. Самарский государственный медицинский университет, ТФОМС Самарской области, 2014 г., 361 с.
14. Лиференко Г.А. Финансовый анализ предприятия – М; ЮНИТИ-ДАНА, 2015 г. 154 стр.
15. Маслова Т.К. Медицинское страхование граждан. Новшества, возможность выбора. Библиотечка РГ, 2014 г., 162 стр.
16. Миронов А.А., Таранов А.М. “Страхование здоровья и особенности национальных систем медицинского страхования” Издательство: Практика, 2015 г., 514 стр.
17. Мохов, А.А. Основы медицинского права Российской Федерации : [Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации] : учеб. пособие. – М. : Проспект, 2015. – 374 с. –
18. Роик В.Д. “Обязательное медицинское страхование. Теория и практика”. Издательство “Дело и Сервис”. 2013 год, 170 стр.
19. Савицкая Г.В. Анализ хозяйственной деятельности предприятия: 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Инфра-М, 2013 г. - 352с

- 20.Цыганова О.А. “Медицинское страхование” Учебное пособие. Издательство: “Инфра-М”, 2016 год, 136 стр.
- 21.Научно-практический журнал “Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации”. ООО “Издательство “Офтальмология”. Объем 62 полосы. 2016 год.
- 22.Положение об оплате труда работников ТФОМС Самарской области от 30.01.2016 г. №2
- 23.Пояснительная записка к годовой бухгалтерской отчетности ТФОМС Самарской области за 2014 г.
- 24.Пояснительная записка к годовой бухгалтерской отчетности ТФОМС Самарской области за 2015 г.
- 25.Пояснительная записка к годовой бухгалтерской отчетности ТФОМС Самарской области за 2016 г.
- 26.Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр “МИАЦ”
- 27.<http://www.garant.ru/>,
- 28.www.minfin.ru
- 29.www.ffoms.ru/
- 30.minzdrav.samregion.ru
- 31.www.samtfoms.ru