Автономная некоммерческая организация высшего образования
«МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра экономики и управления

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

по направлению подготовки 38.04.01 Экономика

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ КО «КРАСНОЗНАМЕНСКАЯ ЦРБ)

Исполнитель:
студент _ курса заочной формы обучения
_____

Научный руководитель:
кандидат экономических наук, доцент
_____

Руководитель образовательной программы:
кандидат экономических наук, доцент
Подпись_____

Работа допущена к защите
решением заседания кафедры
Зав. кафедрой _____
/

Москва 2022

АННОТАЦИЯ

Работа включает: 94 страницы; 8 таблиц, 9 рисунков; список использованных источников (43 наименования); 2 приложения.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, ю медицинская организация, медицинское страхование, полис, обязательное медицинское страхование, страхование, страхователь,

Предметом исследования в работе является медицинское страхование.

Целью данной работы является исследование проблем и перспективы медицинского страхования на примере ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ.

По результатам исследования предложены основные направления совершенствования системы медицинского страхования ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ».

Полученные результаты могут позволить повысить эффективность медицинского страхования организации.

Содержание

Введение....4
1 Сущность, роль и история развития медицинского страхования....7
1.1. История медицинского страхования в России....7
1.2. Характеристика национальной системы медицинского страхования. 16
1.3. Зарубежный опыт становления и развития медицинского образования....25
2 Оценка системы медицинского страхования на примере ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»....36
2.1. Краткая характеристика ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»....36
2.2. Анализ деятельности ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»....47
2.3. Оценка эффективности медицинского страхования....51
3 Проблемы реализации системы медицинского страхования и пути ее совершенствования....56
3.1. Предложения по совершенствованию оказания услуг по полисам ОМС для медицинской организации....56
3.2. Перспективы развития медицинского страхования в период пандемии....63
Заключение....74
Список использованных источников....78
Приложение 1....84
Приложение 2....86

Введение

Распространенной и порой необходимой услугой в жизни большинства людей является страхование. Предостеречь себя и защитить свою семью от непредвиденных расходов можно заранее. Именно эта услуга позволяет подготовиться к неожиданным ситуациям и не беспокоиться о поиске финансовых средств в момент их происшествия. Страховая компания берет на себя все обязанности по возмещению потерь.

Страховая система России довольно разнообразна, она обеспечивает население всевозможными способами защиты от нежелательных обстоятельств, включает добровольное и обязательное страхование. Обязательное социальное страхование предоставляет гражданам Российской Федерации минимальную страховую гарантию от социальных рисков, независимо от социального статуса, уровня дохода, места жительства и состояния здоровья и осуществляется в соответствии с законодательством РФ. Медицинское страхование сегодня – одно из основных направлений системы охраны здоровья населения Российской Федерации, которое служит юридическим гарантом реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

В современном обществе забота государства о населении является важным приоритетом, который в более или менее явном виде декларируется правительствами большинства стран, даже тех, где действуют довольно жесткие и деспотичные политические режимы. При этом, данная забота находит выражение в развитии национальных систем социального обеспечения и социальной защиты населения, в частности – системы социального страхования, которая позволяет осуществлять решение значимых задач на рыночной (страховой) основе.

Целью данной работы является исследование проблем и перспективы медицинского страхования на примере ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ.

Для достижения указанной цели требуется решение следующих задач:

- рассмотреть историю медицинского страхования в России;

- дать характеристику национальной системы медицинского страхования;

- оценить эффективность медицинского страхования ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»;

- выделить перспективы развития медицинского страхования в период пандемии .

Объектом исследования в работе выступает ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ».

Предметом исследования в работе является медицинское страхование.

Научная новизна исследования состоит в обобщении зарубежного опыта развития медицинского образования в условиях COVID-19.

В данной работе были использованы следующие научные труды, посвященные исследованию медицинского страхования: Асанов И.Р., Безуглая В.А., Брежнева О.В., Вильгоненко И.М., Головань С.А., Гуляев П.В., Доан Т.М., Ибрагимова И.И., Кадыров Ф.Н., Козлова В.Д., Лапина Е.А., Тенсина А. В., Лукьянцева Д. В., Непомнящих Д.В., Ожев М.К., Хотова И.Р., Пешкина Г.А., Рябичева О.И., Сандакова Н.Ю., Тресков В.И., Туманова А. С., Пустовалова И. Н., Шуман П.Ю., Плутницкий А.Н. и др.

Теоретической и методологической основой выпускной работы стали труды ведущих отечественных и зарубежных специалистов, раскрывающие содержание медицинского страхования, особенности управления, особенности национальной системы медицинского страхования.

В работе использовались материалы научных конференций и семинаров по изучаемой тематике, материалы периодических изданий, данные отчетности объекта исследования.

Практическая значимость работы состоит в разработке основных направлений совершенствования системы медицинского страхования ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ».

В работе использовались следующие общенаучные методы: метод анализа литературы, нормативно-правовой документации, анализ документов, метод обобщения, метод сравнения показателей, а также методы экономического анализа.

Структура работы представлена введением, тремя главами, заключением, списком использованных источников и приложениями к работе.

1 Сущность, роль и история развития медицинского страхования

1.1. История медицинского страхования в России

Первое упоминание о государственном финансировании медицинского обслуживания населения в России датировано концом 17 века. С 1701 года Монастырский приказ начал выделять денежные средства на больницы, содержание докторов в сфере государственного здравоохранения, помощь бездомным и нищим, а также выплату «вспомоществования женам, вдовам и детям служилых людей».

Социальное страхование в России начало зарождаться лишь в 18 веке. На первых капиталистических предприятиях стали появляться общества взаимопомощи, созданные рабочими без участия работодателей. Бюджеты этих обществ формировались из регулярно вносимых взносов участников. Рабочим в случае утраты трудоспособности выплачивалась денежная компенсация, а в случае гибели - их семьям. Именно этот принцип послужил основой первых больничных касс, появившихся только во второй половине 19 века. В нашей стране датой рождения страховой медицины считается 23 июня 1912 года. В этот день III Государственная Дума приняла пакет законов, который завершил формирование системы страхования рабочих. Направление, заданное П.А. Столыпиным, ознаменовало начало масштабной социальной реформы [12, с. 85].

Закон от 1912 г. состоял из 286 статей, которые, с одной стороны, регламентировали социальное обеспечение рабочих в связи с несчастным случаем и болезнью, а с другой, представляли организационную сторону развивающейся страховой отрасли.

В советский период существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, поэтому необходимость медицинского страхования отсутствовала. Здравоохранение полностью содержалось за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств, министерств и социальных фондов самих предприятий. В связи с меняющимися

экономической и политической ситуациями в нашей стране государственное обеспечение медицинской помощи населению стало невозможным. Поэтому вновь возникла потребность в существенном реформировании всей системы социального страхования и возрождении медицинского страхования [23, с. 74].

Вследствие чего в 1991 году был принят закон РФ «О медицинском страховании граждан», которым было введено обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование. Базовый принцип – обеспечение граждан равными правами при получении медицинских услуг в соответствии с программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи начал действовать с 1993 г.

К настоящему моменту времени в системе медицинского страхования накопилось немало проблем, которые требуют решения в связи с неудовлетворенностью среди населения качеством и доступностью медицинской помощи.

Решением проблемы, направленным на реформирование ОМС в рамках доступности оказания медицинских услуг, стал Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [35, с. 74].

В нашей стране обеспечение социальной защиты интересов населения в области здравоохранения основывается на базовой программе обязательного медицинского страхования, толкование которой содержится в ст. 35 ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

2. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи [19, с. 47].

Цели медицинского страхования и государственной политики в области здравоохранения схожи – достижение высокого уровня здоровья населения при помощи профилактических мер, направленных на предотвращение заболеваемости и поддержание здоровья. Поэтому «основополагающим принципом осуществления медицинского страхования следует считать принцип страхования здоровья, а объектом страхования – здоровье граждан, материализуемое в денежных, имущественных их затратах на медицинскую помощь с целью предотвращения заболеваемости, восстановления и поддержания здоровья».

В связи с чем роль медицинского страхования заключается в:

а) передаче рисков, угрожающих жизни и здоровью человека, страховым компаниям, которые компенсируют затраты на восстановление и поддержание здоровья;

б) экономической заинтересованности всех участников страховых отношений в предупреждении рисков, связанных с причинением вреда здоровью, и в осуществлении мер превентивного характера.

Стоит отметить, что специфика медицинского страхования заключается в том, что выплата страхового возмещения осуществляется в виде услуги, не оказывается материальная помощь гражданам, а оплачиваются оказанные им услуги, предоставление которых не дифференцировано (независимо от социально-статусных различий).

Система медицинского страхования вносит существенный вклад в социальное и экономическое благополучие населения страны, защищая права застрахованных и управляя рисками, связанными с возникновением расходов на оказание медицинской помощи. Именно поэтому вопросы совершенствования регулирования медицинского страхования остаются столь актуальными. Новый закон о реформе системы ОМС внёс следующие изменения. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (ФФОМС) переданы полномочия страховщиков по контролю и финансированию медицинской помощи, предоставляемой федеральными медицинскими организациями [11, с 58].

Теперь Минздрав России, а не ФОМС будет устанавливать нормативы объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой федеральными медорганизациями, а также нормативы финансовых затрат на единицу предоставления такой помощи.

ФФОМС напрямую будет производить расчёты за медицинскую помощь, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления такой помощи федеральными медицинскими организациями, а также займется предъявлением претензий или исков за причинение вреда здоровью застрахованного лица.

Законодательно меняется механизм оплаты медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС [25, с. 85].

В бюджете фонда будут обособлены средства на финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС. Речь идет о медпомощи, которую оказывают застрахованным лицам медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, в соответствии с едиными

требованиями базовой программы ОМС. Отразим данные изменения на рисунке 1.

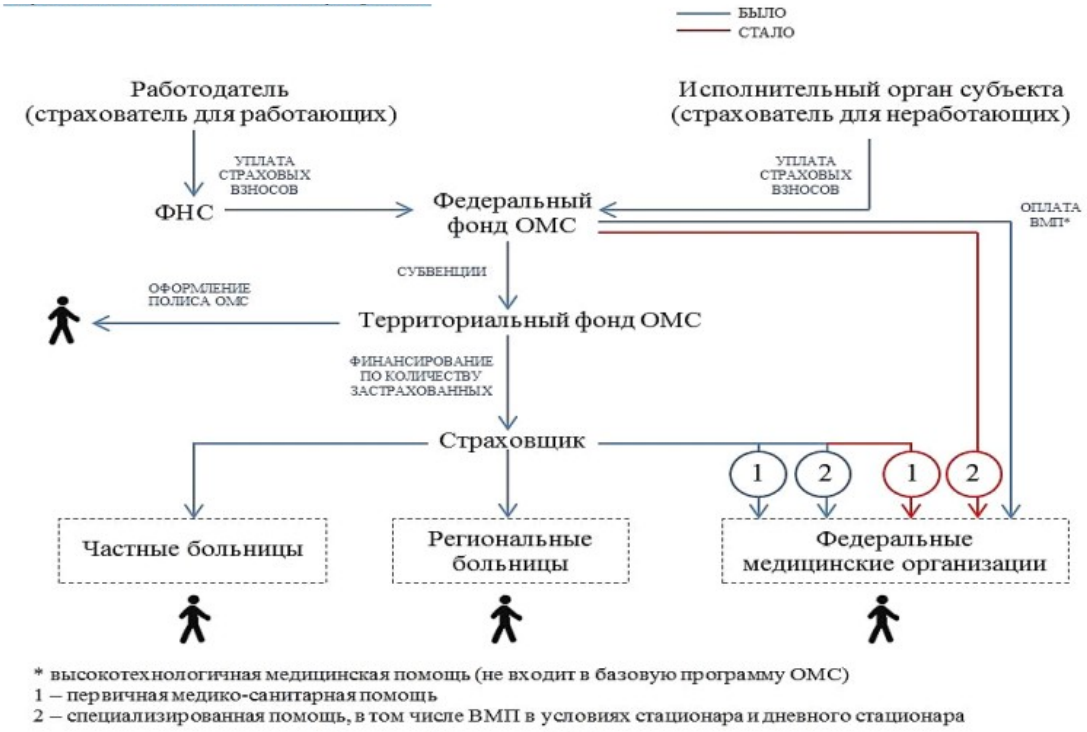


Рисунок 1 - Реформа ОМС: что изменилось [18, с. 95]

Изначально предполагалось уменьшить финансирование расходов страховых компаний на ведение дела вдвое и установить тариф 0,5-1% от суммы, поступившей в медорганизацию по дифференцированным подушевым нормативам.

Однако Счётная палата Российской Федерации, проанализировав поправки в данный закон, высказала опасения по поводу возникновения рисков, которые могут повлечь предлагаемые изменения. По её мнению, такое решение несет риски отхода от страховых принципов в системе ОМС и ее финансовой устойчивости, а также риски ненадлежащего исполнения страховыми организациями своих полномочий в сфере ОМС, в том числе по контролю качества медицинской помощи и защите прав застрахованных лиц.

В результате чего в новой редакции в ст. 38 п. 18 обозначено, что «Территориальный фонд предоставляет страховой медицинской организации средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному

медицинскому страхованию в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в размере не менее 0,8 процента и не более 1,1 процента от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам» [36, с. 87].

Представим основные изменения полномочий и функций участников системы обязательного медицинского страхования в таблице 1. Территориальным фондам ОМС передано полномочие страховщика по проведению медико-экономического контроля оказания медицинской организацией медицинской помощи. Данное нововведение, по мнению многих экспертов, может снизить эффективность и независимость контроля. Поскольку суммы от экономии целевых средств при применении санкций к медицинским организациям не приводят к увеличению средств, выделяемых на содержание территориальных фондов.

Ранее 10% от сэкономленных целевых средств поступали в страховые медицинские организации, в чём и заключалась их экономическая мотивация к тщательному проведению медико-экономического контроля.

Помощник министра здравоохранения А.В. Кузнецов с этим не согласен и утверждает, что к проведению экспертизы качества медпомощи привлекаться независимые эксперты, включенные в федеральный реестр экспертов качества медицинской помощи. Однако как в законопроекте, предполагавшем создание данного реестра, так и в проекте бюджета ФФОМС на 2021-2023 гг. данных об источнике его финансирования не обнаружено.

В связи с этим Счетная палата отмечает, что создание новых информационных ресурсов может привести к дополнительным бюджетным расходам.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика полномочий участников системы ОМС

Участники системы ОМС	Полномочия, перешедшие к другой стороне	Новые полномочия
Российская Федерация		Финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти.
Субъекты Российской Федерации	Осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную федеральными и медицинскими организациями, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 ФЗ № 326-ФЗ	
Минздрав России		- утверждение методики расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи; - установление порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения; - установление требований к структуре и содержанию тарифного соглашения.
Федеральный фонд ОМС	- установление порядка осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам; - установление требований к структуре и содержанию тарифного соглашения.	- возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью; - ведение единого реестра медицинских организаций; - ведение единого реестра экспертов качества медицинской помощи; - использование средств нормированного страхового запаса для федеральных медицинских организаций.

Территориальные фонды	Использование средств нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в соответствии с п.7.1) ч.2. статьи 20 ФЗ № 326-ФЗ применительно к федеральным медицинским организациям.	- получение от Федерального фонда данных персонифицированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, федеральными медицинскими организациями в соответствии с пунктом 11 статьи 5 ФЗ № 326-ФЗ; - осуществление медико-экономического контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
Страховые медицинские организации	- осуществление медико-экономического контроля в рамках реализации территориальных программ ОМС; - осуществление оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС.	

Отметим также некоторые положительные моменты, которые привнесло данное изменение:

- унифицированы требования при проведении медико-экономического контроля на территории субъекта РФ (ранее разные страховые медицинские организации выдвигали различные требования, например, при трактовании положений нормативных правовых актов);

- страховые медицинские организации избежали риска санкций со стороны территориального фонда при наличии нарушений, допущенных ими в ходе проведения медико-экономического контроля.

Финансовое положение страховщиков в рамках нового закона может измениться в связи с:

- уменьшением средств на ведение дела до 0,8- 1,1% от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам;

- потерей средств из-за передачи полномочия осуществления медико-экономического контроля территориальному фонду;

- исключением возможности увеличения собственных средств за счёт средств, поступивших из федеральных медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи [20, с. 74].

В результате финансовое обеспечение страховых медицинских организаций значительно сократилось, они потеряли значимый источник собственных средств. В пояснительной записке к проекту федерального закона «О внесении изменений в федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» указано, что «уменьшение размера средств, предоставляемых страховой медицинской организации на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, позволит высвободить средства обязательного страхования в объеме до 6,8 млрд. рублей к 2023 году, которые могут быть направлены на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования».

Однако из-за увеличения размера тарифа до 0,8-1,1% реальная экономия средств будет значительно меньше заявленной. Изменения в системе ОМС в отношении страховых медицинских организаций на этом не прекращаются. По поручению Президента РФ Правительство РФ с участием Банка России и некоммерческой организации «Всероссийский союз страховщиков» обязуются представить предложения о необходимости уточнения полномочий страховых медицинских организаций с учетом принятия Федерального закона N 430-ФЗ.

1.2. Характеристика национальной системы медицинского страхования

В Российской Федерации отношения в сфере медицинского страхования регулирует Федеральный закон от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», в ст. 1 которого указано: «Обязательное социальное страхование – часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам» [3].

Обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных категорий граждан вследствие достижения пенсионного возраста, наступления инвалидности, потери кормильца, заболевания, травмы, несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, беременности и родов, рождения ребенка (детей), ухода за ребенком в возрасте до полутора лет и других событий, установленных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании.

В ст. 7 указанного Федерального закона дан исчерпывающий перечень социальных страховых рисков, к которым отнесены:

- необходимость получения медицинской помощи;

- утрата застрахованным лицом заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица) или другого дохода в связи с наступлением страхового случая;

- дополнительные расходы застрахованного лица или членов его семьи в связи с наступлением страхового случая [3].

Таким образом, необходимость получения гражданами медицинской помощи в самом широком смысле (не только вследствие заболевания, но также травмы, рождения ребенка и др.) является основанием для применения механизмов социального страхования. Следовательно, система медицинского страхования является подсистемой системы социального страхования.

Перечень видов медицинской помощи, оказываемой на безвозмездной основе, формы и условия предоставляемых медицинских услуг, а также категории граждан и наименование заболеваний приведены в Постановлении Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299, которым на среднесрочную перспективу (2021-2023г.г.) утверждена Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам (Далее Программа).

Примечательно, что в круг предоставляемых медицинских услуг наряду с первичной, специализированной и скорой помощью включена возможность получения и высокотехнологичной медицинской помощи. Помимо этого, программным документом определены нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат, принципы формирования территориальных программам госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам (порядок, условия предоставления медицинской помощи, критерии, определяющие доступность и качество медицинской помощи) [18, с. 25].

В целях обеспечения гарантированного конституционного права государством создаются необходимые условия, в числе которых следует назвать обязательное медицинское страхование, представляющее собой одну из форм социальной защиты и поддержки населения в сфере охраны здоровья, неотъемлемую составную часть программы государственных гарантий.

Специальным правовым актом, регулирующим правоотношения, связанные с обязательным медицинским страхованием, является Федеральный закон об ОМС.

Важная роль в правовом регулировании рассматриваемых правоотношений отведена «Правилам обязательного медицинского страхования», утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н. Правоотношения в сфере обязательного медицинского страхования опосредуют договоры о финансовом обеспечении ОМС, а также оказании и оплате предоставленной застрахованному медицинской помощи, выступающие правовым основанием реализации гражданами права получения безвозмездных медицинских услуг [16, с. 55].

Основной характеристикой обязательного медицинского страхования является то, что оказание медицинских услуг государством застрахованному лицу при наступлении страхового случая происходит бесплатно за счет средств фонда ОМС. Среди основных функций, выполняемых ОМС, выделяют следующие:

- контроль над территориальными фондами ОМС, в том числе в финансовой области;

- разработка и установление размера взносов на обязательное медицинское страхование;

- аккумулирование средств фонда ОМС;

- исследование и анализ практического применения нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования и др. Фонд

ОМС является одним из основных государственных внебюджетных фондов. Бюджет ФОМС распределяется исходя из утвержденных Правительством РФ планом на несколько лет.

Согласно сложившейся практике, в Российской Федерации применяется бюджетно-страховая модель финансирования системы здравоохранения. Модель предусматривает оптимальное распределение

затрат на оказание услуг медицинской помощи, предусмотренных в рамках Программы государственных гарантий, принятой Правительством РФ. Распределение затрат по видам затрат и источникам финансирования в системе бюджетно-страхового финансирования медицинских организаций Российской Федерации (см. приложение 1).

В основе существующей и ныне действующей в Российской Федерации бюджетностраховой модели финансирования здравоохранения необходимо выделять два основных источника, которые обеспечивают своевременное обеспечение денежными средствами реализацию следующих видов деятельности:

1) бюджетное финансирование покрывает:

- определенные направления медицинских услуг;

- закупки и предоставления лекарств определенным группам населения;

- определенных мероприятий в рамках охраны здоровья населения;

2) внебюджетное финансирование обеспечивает и предполагает:

- финансирование оказания услуг и деятельности медицинских организаций с использованием системы обязательного медицинского страхования;

- использование возможности для оказания определенного спектра платных услуг, включая получение платы за аренду собственности и другие виды предпринимательской деятельности [11, с. 74].

В целом, распределение расходов, обеспечивающих функционирование медицинских учреждений с использованием в качестве источника финансирование обязательное медицинское страхование, представляет собой достаточно сложный механизм.

Одной из сторон, отражающих высокую степень сложности данного механизма, является совокупность межбюджетных отношений в виде трансфертов и отчислений на поддержку процессов смежного характера.

Финансовая модель, отражающая функционирование системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации представлена на рис. 2.

Направления оказания медицинской помощи в виде перечня бесплатно оказываемых медицинскими организациями услуг, определяются по итогам статистических исследований, позволяющих установить потребности населения в получении конкретных видов медицинской помощи [36, с. 95].

Данные статистики позволяют установить текущие, а также спрогнозировать будущие расходы медицинских организаций, что служит надежной основой для разработки планов финансирования с учетом возможности использования финансовых средств государственного бюджета и средств, полученных в результате оказания платных медицинских услуг.

На уровне субъектов Российской Федерации регулятором в распределении финансовых потоков, генерируемых фондами обязательного медицинского страхования, служат территориальные программы государственных гарантий, составленные на основе анализа статистики каждого отдельно рассматриваемого региона [39, с. 74].

Важным аспектом для правильного понимания сущности и особенностей бюджетно-страховой модели финансирования является необходимость рассмотрения базовой программы обязательного медицинского страхования как составной части Программы государственных гарантий. Из этого следует также соблюдение подчиненного статуса территориальных программ обязательного медицинского страхования относительно Территориальной программы обязательного медицинского страхования.



Рисунок 2 - Финансовая модель системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации [13, с. 58]

Движение потоков финансирования текущих расходов медицинских организаций образует достаточно сложную систему, сформированную в результате взаимодействия соответствующих бюджетов разных уровней и локальной принадлежности. Это позволяет констатировать наличие сложившейся и устойчивой системы межбюджетных отношений, обеспечивающей проведение большого множества межбюджетных трансфертов [22, с. 114].

На сегодняшний день гарантами соблюдения конституционного права граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи являются медицинские организации, финансируемые за счет фондов обязательного медицинского страхования. Принято выделять три типа медицинских организаций с точки зрения выстраивания отношений с государственными учреждениями в вопросах распределения бюджетных средств:

- автономные медицинские организации. Данная категория организаций финансируется за счет источников: средства фондов обязательного медицинского страхования, субсидии бюджета и оказание платных услуг;

- бюджетные медицинские организации. Эта категория использует финансовые средства, генерируемые посредством бюджетных субсидий и оказания платных услуг;

- казенные учреждения. Эта категория медицинских организаций использует финансовые средства, привлекаемые через планирование расходов и составление бюджетных смет, а также за счёт оказания платных медицинских услуг населению [30, с. 95].

Проведенная в России бюджетная реформа обеспечила возможности расширенного управления финансами для автономных и бюджетных учреждений. В частности, медицинские организации получили свободу в планировании, управлении и использовании как денежных средств, генерируемых фондами обязательного медицинского страхования, так и свободу в получении доходов от оказания платных медицинских услуг на рынке.

В совокупности два вышеназванных источника наряду с возможностями использования средств бюджетного финансирования, определяют не только уникальность, но и существенно возросшие риски для отечественной системы здравоохранения. Вместе с тем, в научных кругах не

утихают споры о выборе приоритета и расстановке акцентов на том или ином источнике финансирования.

В связи с вышесказанным, высокой целесообразностью обладает детальное изучение зарубежного опыта финансирования здравоохранения. Особенного интереса заслуживает изучение аспектов финансирования системы здравоохранения Российской Федерации в период пандемии коронавируса COVID-19.

Динамика расходов государственного бюджета Российской Федерации на здравоохранение в период пандемии. В табл. 2 приведена динамика расходов на здравоохранение в период пандемии

Таблица 2 - Динамика расходов на здравоохранение в период пандемии

Наименование показателей	Рассматриваемый период			Темп роста, %	
	2018 год	2019 год	2020 год	2019 к 2018 году	2020 к 2019 году
Текущие цены, млрд.руб.					
Федеральный бюджет, млрд. руб	537,3	713	1334,5	132,7	187,2
Средства ОМС, млрд. руб	1988,5	2186,7	2392,7	110,0	109,4
Консолидированные бюджеты субъектов РФ, млрд. руб	950,8	1167,2	2002,1	122,8	171,5
Итого	3315,9	3805	4394	114,8	115,5
Доля ВВП, %	0	3,5	4,1		117,1
Постоянные цены, млрд.руб.					
Федеральный бюджет, млрд. руб	537,3	688	1171,6	128,0	170,3
Средства ОМС, млрд. руб	1988,5	2110,2	2194,3	106,1	104,0
Консолидированные бюджеты субъектов РФ, млрд. руб	950,8	1073,6	1404,7	112,9	130,8
Итого	3315,9	3871,8	4770,6	116,8	123,2
ВВП, трлн.руб	104,6	109,1	107,3	104,3	98,4
Уровень инфляции, %	4,3	3,5	4,9	81,4	140,0

На основании данных таблицы 2 можно заключить о росте расходов федерального бюджета на здравоохранение на 87,17% по итогам 2020 года. Расходы федерального бюджета Российской Федерации возросли за период с 2019 года по 2020 год с 713,1 млрд.руб. до 1334,5 млрд.руб., то есть на 87,17%, в то время как расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ

в среднем увеличились с 1167,2 млрд.руб. до 2002,1 млрд.руб., или на 71,52%.

По данным аналитических источников, расходы консолидированных бюджетов субъектов в отдельных регионах Российской Федерации выросли в 2 раза. Только за семь месяцев 2020 года общий прирост таких трат составил примерно 700 млрд. руб.

В целом, анализ имеющихся данных позволяет установить существенный рост величины расходов всех уровней государственного бюджета, который был вызван влиянием пандемии коронавируса COVID-19 по данным 2019-2020 гг. Результаты анализа позволяют сделать вывод, что в период 2018-2020 гг. удельный вес средств обязательного медицинского страхования в структуре расходов на здравоохранение сократился с 57,2% до 41,8%. Доля расходов федерального бюджета РФ возросла с 15,5% до 23,3%, а удельный вес расходов бюджетов субъектов РФ увеличился с 27,3% до 34,9%.

Таким образом, роль обязательного медицинского страхования должна оцениваться как особенно высокая как с позиций соблюдения интересов граждан, заинтересованных в сохранении здоровья, а также с точки зрения системы здравоохранения, нуждающейся в устойчивом финансировании и со стороны государства, заинтересованного в обеспечении надежной финансовой основы для покрытия расходов здравоохранения без привлечения бюджетных средств.

Несмотря на то, что в условиях кризиса пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 роль здравоохранения значительно возросла, был выявлен ряд проблем финансового и организационного характера, которые требуют безотлагательного решения. Важность данного решения обусловлена тем, что от развития здравоохранения в период пандемии зависят не только перспективы социально-экономического развития России, но и обеспечение национальной безопасности.

1.3. Зарубежный опыт становления и развития медицинского образования

В последние время ежегодно во всех странах мира отмечается рост расходов на здравоохранение, так в 2021 году расходы на здравоохранение предусмотрены на уровне 4,6% валового внутреннего продукта, что выше, чем в предыдущие годы. Рост расходов обусловлен следующими причинами:

- принятие мер по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19;

- внедрение в деятельность практического здравоохранения новейших современных технологий ранней диагностики, профилактики, лечения и реабилитации пациентов;

- появление дорогостоящих лекарственных препаратов, необходимых для более эффективного лечения большинства заболеваний;

- растущими запросами потребителей медицинских услуг относительно качества оказания данных услуг;

- ростом удельного веса лиц пожилого возраста, имеющих хронические заболевания или нуждающихся в постоянном поддерживающем лечении;

- недостаточным осознанием отдельными категориями людей необходимости ведения здорового образа жизни [18, с. 65].

В этих условиях улучшение деятельности системы здравоохранения и показателей общественного здоровья нации следует искать не только в наращивании государственных расходов на здравоохранение, но и в поиске дополнительных источников финансирования, в качестве которых могут рассматриваться добровольные и обязательные платежи населения на развитие системы здравоохранения и собственное лечение.

С целью формирования представления об особенностях медицинского страхования, необходимо изучить мировой опыт развития страховой медицины, проанализировать роль государственной политики в сфере

организации и становления страховой медицины, оценить наличие соответствующей нормативно-правовой базы на разных этапах ее внедрения.

В настоящее время в Европе исторически сложились две базовые модели предоставления медицинских услуг: государственное всеобщее медицинское обслуживание (модель Бевериджа) и страховая медицина в рамках социального страхования (модель Бисмарка). Единую государственную систему здравоохранения в Европе имеют Дания, Испания, Финляндия, Великобритания, Греция, Италия, Ирландия, Португалия и Швеция. При этом в четырех странах – Испании, Великобритании, Греции и Италии – для финансирования здравоохранения используются часть взносов, поступающих на медицинское страхование. Модель Бисмарка сохраняется сегодня в таких странах как Германия, Австрия, Франция, Бельгия, Люксембург и Нидерланды [17, с. 58].

Рассмотрим зарубежный опыт медицинского страхования. В Великобритании Система Национальной службы здравоохранения (НСЗ), основана преимущественно на государственном финансировании и нацелена на осуществление полноценной медицинской помощи, доступной каждому гражданину без исключения, была введена в 1948.

С 2013 года, в результате деволюции и проведения соответствующих реформ по децентрализации управления и финансирования, единая организационная структура претерпела системные изменения и была фактически разделена между соответствующими национальными юрисдикциями. Финансирование НСЗ осуществляется преимущественно из общих бюджетных поступлений.

Большинство финансовых ресурсов НСЗ поступает из бюджетов всех уровней (84%). Дополнительным источником являются взносы на социальное страхование, исчисляемые в виде процента от фонда оплаты труда. 4% средств НСЗ формируются из дополнительных платежей населения (главным образом за выписку и оплату части стоимости лекарств в аптечной сети).

За рамками финансовых обязательств НСЗ население может приобрести медицинские услуги в государственных и частных учреждениях здравоохранения, оплачивая их напрямую, либо через систему частного медицинского страхования. Общее соотношение между общественным и частным финансированием медицинской помощи составляет соответственно 85 и 15%.

Таким образом, НСЗ существует на средства, вносимые налогоплательщиками и выделяемые правительством на здравоохранение со статьи расходов на социальные нужды. Услуги бесплатны для всех британцев, обладателей карты EHIC и беженцев. Граждане других стран также могут рассчитывать на некоторые виды бесплатной медицинской помощи.

Распределение средств осуществляется на основе дифференцированного норматива финансирования на одного человека, который учитывает различия территорий по поло-возрастному составу и по ряду других социально-экономических характеристик. Такой системе характерны следующие особенности:

- недостаток финансовых ресурсов;
- недостаточное развитие системы первичной медико-санитарной помощи;
- отсутствие контроля со стороны потребителей медицинских услуг;
- самооценка работниками здравоохранения своей деятельности;
- необходимость децентрализации управления;
- недостаточное рациональное и эффективное использование ресурсов.

В стране остро стоит проблема привлечения в здравоохранение средств из внебюджетных источников. Одним из этих источников могут быть средства предприятий, фирм, компаний, работникам которых учреждения здравоохранения могут предоставлять дополнительную медицинскую помощь на договорной основе.

Процесс децентрализации управления является основой реформы, которая сейчас проводится. Идея реформы - усовершенствовать и активизировать работу структурных подразделений отрасли путем введения в их работу коммерческого элемента. Все региональные органы здравоохранения имеют значительную самостоятельность в решении своих проблем [29, с. 69].

На территории Канады действует единое государственное медицинское страхование – Medicare. Однако каждая провинция и территория выдает собственные страховые полисы (health card), которыми можно воспользоваться только внутри административной единицы. Исключением являются экстренные случаи с прямой угрозой жизни. Получение страхового полиса предусмотрено для двух категорий жителей Канады – граждане и резиденты. Иммигранты без вида на жительства имеют право воспользоваться государственным страхованием только в исключительных случаях – если они беженцы или уже подали заявление на ВНЖ.

Система здравоохранения Канады в основном опирается на терапевтов первичного медицинского ухода, которые составляют около 51% всех практикующих терапевтов в Канаде. Они являются передаточным звеном между пациентом и формальной системой здравоохранения, и контролируют доступ к большинству врачей-специалистов, больничному уходу, диагностическим проверкам и выписываемым по рецепту лекарствам [13, с. 58].

Отсутствует разделение затрат на услуги врачей, оказывающих диагностическую и стационарную медицинскую помощь в государственной системе. Все предоставляемые в стационарах лекарственные средства, отпускаемые по рецептам, оплачиваются государством, тогда как в рамках амбулаторного лечения вопрос о компенсации стоимости лекарств решается по-разному, в зависимости от провинции или территории. Врачам не разрешено взимать плату с пациентов выше согласованного тарифа. Частное страхование охватывает услуги, исключаемые из государственного

возмещения, такие как офтальмологическая и стоматологическая помощь, реабилитационные услуги, уход на дому и улучшенные условия пребывания в стационаре [35, с. 85].

Услуги частных страховых компаний в Канаде достаточно разнообразны – можно оформить страховку на себя и на группу людей, можно купить «пакет услуг», а можно покрывать только, к примеру, лечение зубов. Поскольку универсальная медицинская помощь в Канаде исключает софинансирование, платежи из кармана пациента возможны только в смешанном и частном секторе здравоохранения.

При отсутствии страхового полиса предоставление медицинских услуг в Канаде – весьма дорогое удовольствие, практически недоступное для среднестатистического жителя страны.

Одной из основных проблем канадской системы здравоохранения являются большие очереди и длительное время в ожидании получения медицинской помощи. Это особо актуально в ситуациях, когда пациенты вынуждены ждать, несмотря на наличие острой боли (например, в случае необходимости операции на бедре или колене) или в особо тяжелом состоянии (при ожидании онкологической операции, радио- или химиотерапии). Поскольку семейные врачи работают, как правило, автономно, не существует организации, в которую можно было бы обращаться 24 часа в сутки, 7 дней в неделю за консультацией к нужному врачу. Как следствие – чрезмерная загруженность кабинетов экстренной помощи при больницах, а также дополнительные траты при обращении в коммерческие клиники, принимающие без записи в вечерние часы [33, с. 66].

Такой системе характерны следующие особенности:

- любой гражданин государства имеет право на медицинское страхование на единых условиях;

- жители стремятся к получению страхового полиса как государственного, так и частного медицинского страхования;

- выделяются значительные ассигнования со стороны государства, позволяющие обеспечивать эффективность системы здравоохранения;

- пропаганда здорового образа жизни.

В Германии страхование на случай болезни существует с 1883 г., страхование от несчастных случаев - с 1884 г., пенсионное страхование, включая инвалидность с 1889 г. С 1991 г. Больничные кассы восточных земель начали свою деятельность в соответствии с социальным законодательством ФРГ и в Договоре об объединении двух стран был определен единый страховой взнос 12,8% от прибыли застрахованных. Но потом больничным кассам было предоставлено право самостоятельно устанавливать размер страхового взноса. Медицинские страховые кассы бывают в Германии двух видов: государственные (gesetzliche Krankenversicherung or GKV) и частные (private Krankenversicherung or PKV). Страховка покрывает стоимость приема у врача, лечение и даже стоимость лекарств, которые покупаются самостоятельно пациентом.

Стоимость государственной страховки будет зависеть от вашего дохода, в то время как стоимость частной страховки вы можете определить самостоятельно. Частная дороже, но имеет ряд преимуществ: пациентам не приходится подолгу ждать записи, некоторые врачи работают только с такой группой страхователей, список покрываемых страховкой услуг шире. 90% жителей Германии застрахованы в государственных компаниях, в обязательном порядке или добровольно [18, с. 57].

Стоимость государственной страховки составляет от 14.6% до 15.6% от ежемесячного дохода, для наемных работников от 7.3% до 8.3% так как работодатели разделяют траты наемного сотрудника на обязательное страхование. Штатные работники оплачивают только половину страхового взноса, вторую половину этой суммы берет на себя организация. В государственную медицинскую страховку можно включить неработающего супруга/супругу и детей.

Частное медицинское страхование в Германии построено на так называемом принципе эквивалентности (каждый платит не в общий фонд, как в случае госстрахования, а сам за себя). Ежемесячный взнос не зависит от дохода страхователя, а рассчитывается, исходя из желаемых услуг, индивидуальных рисков, состояния здоровья и возраста, когда заключается договор.

Пациенты, застрахованные в частных кассах, сами оплачивают счета от врачей, а после получают у своих страховщиков компенсацию. Еще один вид медицинской страховки в Германии - Pflegeversicherung или долгосрочный страховой полис. Он покроет расходы на долгосрочное лечение после несчастных случаев, серьезных заболеваний или старости. Страховка обязательна, а ее стоимость составляет около 3,05% - 3,3% от ежегодного дохода.

В 2007 году в Германии была проведена реформа здравоохранения и принят закон об обязательном медицинском страховании, который запретил жить в стране без страховки.

Система здравоохранения Германии опирается на двойную государственно-частную систему страхования, что формирует определенные особенности:

1. Полис государственного медицинского страхования Германии позволяет обратиться к ближайшему врачу по месту жительства при этом не требуется приходить на приём к терапевту (врачу общей практики), для получения направления к врачу-специалисту.

2. Частное медицинское страхование предоставляет выбор более чем из двадцати страховых компаний, а также выбор из благотворительных больниц или больниц при храмах, а также частных центров.

3. Взносы на государственное медицинское страхование зависят от доходов, однако пособия распределяются в соответствии с потребностями застрахованных.

Сборы по программе индивидуального медицинского страхования рассчитываются индивидуально. Здравоохранение в Израиле базируется на системе обязательного государственного медицинского страхования (ОГМС). Все граждане страны в возрасте от 18 лет обязаны выплачивать страховые взносы в виде целевого налога мас-бриют. Это дает им право на членство в одной из больничных касс. Каждый гражданин страны имеет право выбора кассы по своему усмотрению. При желании человек может поменять свое членство. Каждой страховой больничной кассе - купат холим принадлежит сеть поликлиник и аптек. В редких случаях – больницы и медицинские центры. Из предлагаемого списка пациент может выбрать учреждение для посещения и желаемого врача. В рамках ОГМС предоставляется набор услуг – «корзина здоровья». Он одинаков для всех купат холим и утверждается на правительственном уровне. Отличие состоит только во враче, скорости получения помощи и поликлинике [14, с. 102].

Действующее законодательство предусматривает, что только 4 существующих фонда страхования имеют право получать взносы работодателей в зависимости от прибыли. Это ограничение фактически свело к нулю интересы коммерческих страхователей по охвату страхованием ряда услуг, аналогичных тем, которые обеспечиваются фондами страхования. Размер страхового взноса зависит от уровня дохода – чем он выше, тем больше размер взноса.

У работающих граждан исчислением и перечислением налога занимается работодатель. Берется 3,1% от начисленного дохода и 5% от суммы, превышающей уровень средней заработной платы на 60% и выше. Самозанятые лица производят перечисление самостоятельно. У пенсионеров страховка вычитается из пенсии, у инвалидов и безработных – из пособия. Минимальный платеж предусмотрен для безработных.

Базовый набор услуг, входящих в «корзину здоровья», не покрывает всех потребностей пациента. Могут понадобиться другие виды лечения или необходимость приема лекарств, не входящих в основной перечень. В этом

случае человек проплачивает в больничную кассу дополнительную страховку.

Страховой полис может включать:

- лечение и операционное вмешательство за границей;

- хирургическое лечение в частных клиниках, в том числе проведение операций по восстановлению слуха или зрения, трансплантацию органов;

- амбулаторный уход за больным;

- использование альтернативной медицины;

- возмещение затрат на стоматологические услуги;

- услуги в области косметических процедур;

- консультации с семейным психологом;

- профилактические осмотры [24, с. 57].

Страховая медицина в стране построена на эффективном индивидуальном подходе государства к каждому пациенту. Наличие обаятельного базового набора медицинских услуг, доступных для каждого гражданина позволяет сделать систему здравоохранения доступной. Параллельно с обязательным страхованием значительные возможности дает частное страхование, основанное на накопительном принципе и широкой возможности выбора набора услуг.

Таким образом, анализ зарубежного опыта позволяет сделать следующие выводы:

- Уровень государственных и частных расходов на здравоохранение существенно зависит от возможностей страны, и доля финансирования здравоохранения варьирует от 5,2% валового внутреннего продукта в Китае до 17,1% в США по данным 2020 года.

- Системы финансирования здравоохранения с использованием механизмов медицинского страхования получили распространение в большинстве стран мира. При этом в каждой из стран предполагается государственное участие в финансировании страховых фондов, регулировании страховой модели, контроле качества оказываемых услуг.

- Ни в одной стране не существует конкретных моделей государственного или частного медицинского страхования, финансирующего расходы системы здравоохранения в чистом виде, так как ни одна модель не может обладать универсальностью.

- Важнейшим фактором устойчивости систем здравоохранения является охват населения бесплатными медицинскими услугами, отсутствие дублирования расходов между обязательным и добровольным медицинским страхованием, эффективность расходования ресурсов и доступность медицинских услуг.

- Даже высокоразвитые страны уже не могут обеспечить всех потребностей здравоохранения из государственных средств без частного страхования и/или соплатежей, потому что пересматривают социальные обязательства, сужая круг льгот в получении медицинской помощи, как по ее видам, так и по контингентам, увеличивая долю доплаты со стороны населения за полученные медицинские услуги [36, с. 57].

Таким образом, система медицинского страхования вносит существенный вклад в социальное и экономическое благополучие населения страны, защищая права застрахованных и управляя рисками, связанными с возникновением расходов на оказание медицинской помощи.

Цель медицинского страхования состоит в достижении высокого уровня здоровья населения при помощи профилактических мер, направленных на предотвращение заболеваемости и поддержание здоровья.

Роль медицинского страхования заключается в: передаче рисков, угрожающих жизни и здоровью человека, страховым компаниям, которые компенсируют затраты на восстановление и поддержание здоровья; экономической заинтересованности всех участников страховых отношений в предупреждении рисков, связанных с причинением вреда здоровью, и в осуществлении мер превентивного характера [19, с. 66].

В России обеспечение социальной защиты интересов населения в области здравоохранения основывается на базовой программе обязательного

медицинского страхования, толкование которой содержится в ст. 35 ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [3].

2 Оценка системы медицинского страхования на примере ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»

2.1. Краткая характеристика ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»

Объектом исследования в работе выступает государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Краснознаменская центральная районная больница».

Предметом деятельности ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» является осуществление медицинской деятельности учреждения и оказания услуг, косвенно связанных с оказанием медицинской помощи населению, направленных на достижение целей создания учреждения.

Целями создания ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» являются удостоверение общественной потребности в бесплатном медицинском обслуживании населению, участие в реализации программ здравоохранения, направленных на улучшение показателей здоровья населения, в решении медико-социальных проблем при оказании медицинской помощи населению в следующих условиях:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих круглосуточного медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» может осуществлять предпринимательскую деятельность и иную приносящую доход деятельность

лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых создано и соответствует указанным целям, при условии, что такая деятельность указана в уставе.

Планирование, учет и использование средств, получаемых от приносящей доход деятельности, осуществляются в соответствии с законодательством РФ.

Цены (тарифы) на оказываемые услуги и продукцию устанавливаются учреждением по согласованию с учредителем.

Рассмотрим организационную структуру ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» (см. рисунок 3).

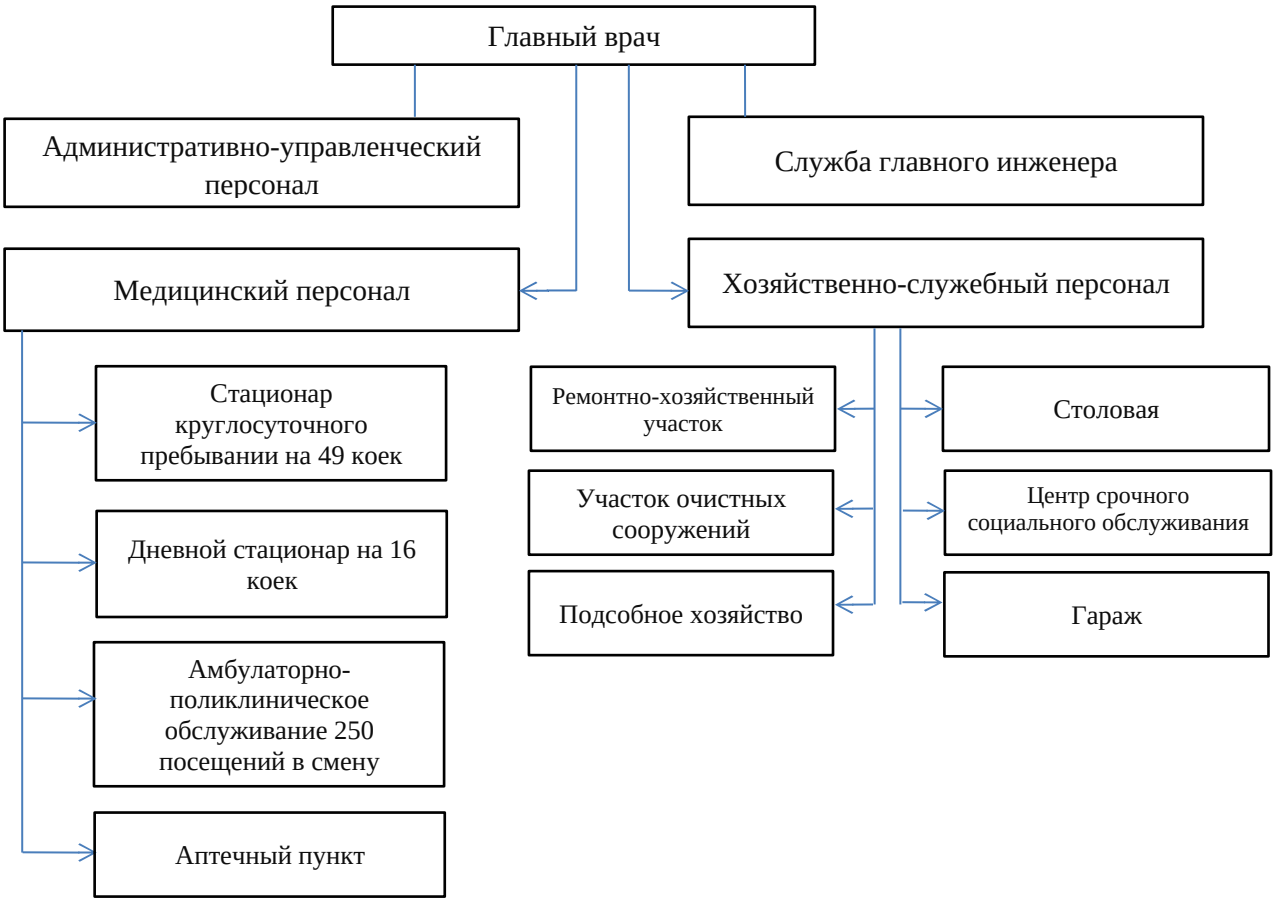


Рисунок 3 - Организационная структура ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»

Как показывают данные рисунка 3, структура ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» представлена главным образом двумя

подразделениями, которые выполняют основные функции: стационар круглосуточного пребывании, дневной стационар, амбулаторно-поликлиническое обслуживание.

Главным элементом управления персоналом ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ», является главный врач, который контролирует, а так же координирует деятельность всех структур учреждения, путем составления тактических и стратегически важных целей в работе ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ».

К системе управления персоналом также относятся руководители структурных подразделений организации. Любое кадровое решение доводится до руководителя соответствующего подразделения, который в свою очередь доводит его до трудового коллектива.

По состоянию на 01.01.2021 г. штат ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» составил 157 человек, из них:

- административный персонал – 24 чел.;

- основной персонал – 133 чел.

Изменение их соотношения по годам за последние три года приведены в таблице 3.

Таблица 3 - Изменение соотношения численности персонала по годам

Годы	Общая численность персонала	Численность административного персонала	Численность основного персонала
2018	139	25	114
2019	153	25	128
2020	157	24	133

Графически результаты анализа представлены на рисунке 4.

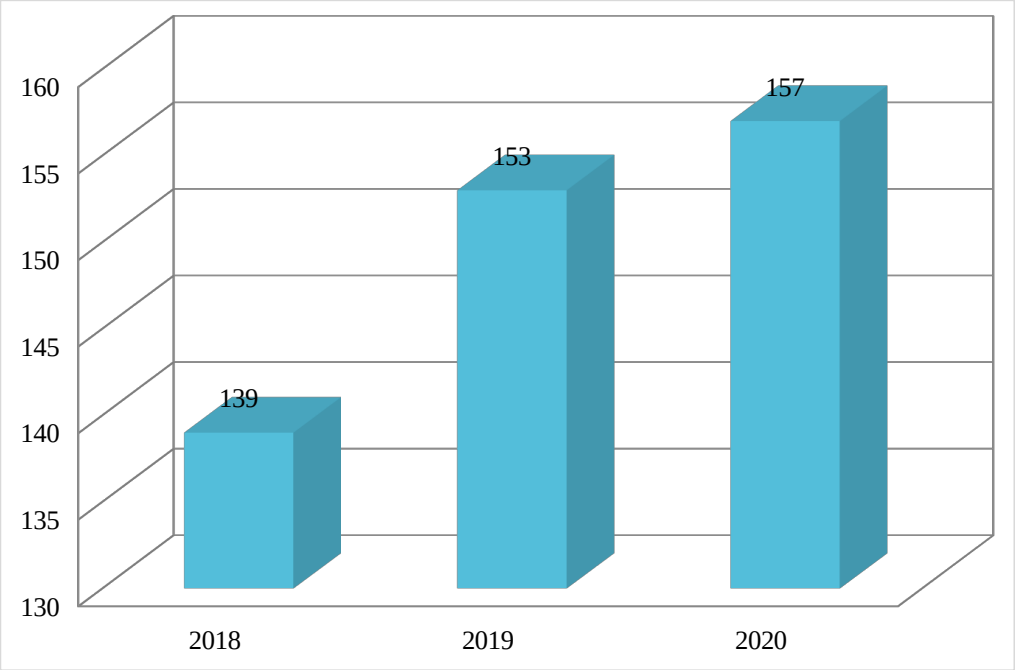


Рисунок 4 - Динамика численности персонала ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»

Рост численности персонала обусловлен расширением деятельности ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ».

Для более детального анализа используем данные первичного учета. Составим аналитическую таблицу для ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ», в которой численность персонала 2020 года сравним с численностью 2016 года (таблица 4).

Таблица 4 - Структура персонала и обеспеченность кадрами ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»

Категория персонала	2019 год	2020 год	Отклонение (+,-)	Темп роста, %	Уд. вес персонала, %	
					2019 год	2020 год
Среднесписочная численность всего персонала, чел. -всего:	153	157	4	102,61	100	100
в т.ч.:						
Руководители	25	24	-1	96,00	16,34	15,29
Специалисты	128	133	5	103,91	83,66	84,71

Структура персонала по категориям представлена на рисунке 5.

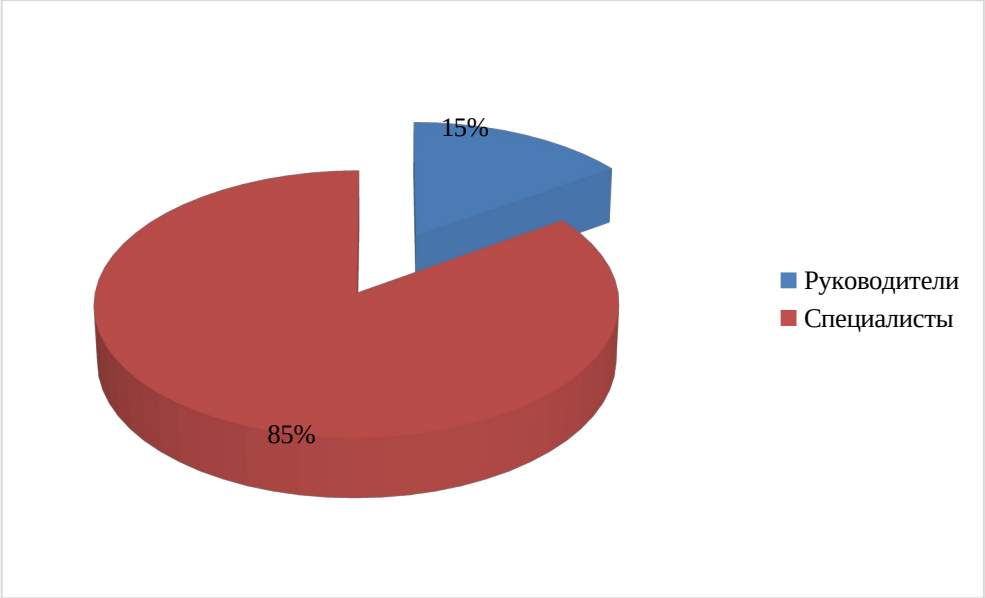


Рисунок 5 - Распределение сотрудников по категориям в 2020 году

Из данных таблицы 4 видно, что среднесписочная численность персонала в 2020 году увеличилась против 2019 на 4 человека, темп роста составил 102,61%. Из общего числа работающих в ОГАУЗ «Санаторий «Красиво» в 2020 году (157 человек) персонал распределяется по следующим категориям: руководители – 24 чел.; специалисты – 133 чел.

ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» бесплатно оказывает медицинские услуги на условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 года, утвержденной Постановление Правительства Калининградской области от 29 декабря 2018 г. № 805.

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории

граждан, оказание медицинской помощи которым 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 порядок, условия предоставления медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой населению Калининградской области, а также участникам Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, и членам их семей.

В рамках настоящей программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) населению бесплатно предоставляются:

1) первичная медико—санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;

2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

4) паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

1) экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При оказании в рамках настоящей программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года № 2738-р, и медицинскими изделиями, включенными в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 года N 2229-р.

Территориальная программа ОМС включает базовую программу обязательного медицинского страхования (далее — базовая программа ОМС), а также виды и условия оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС.

В рамках базовой программы ОМС:

1) гражданам (застрахованным лицам) оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно—авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная

медицинская помощь, включенная в Перечень видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях;

2) осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях;

В рамках сверхбазовой программы ОМС гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию:

1) оказывается скорая специализированная медицинская помощь в части санитарно-авиационной эвакуации, первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, ВИЧ—инфекции, психические расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, ортодонтическая помощь детям (за исключением лечения с использованием несъемных ортодонтических конструкций – брекет-систем) в государственных медицинских организациях, паллиативная медицинская помощь;

2) проводятся пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на пять наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетические исследования в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

3) осуществляется медицинская деятельность в центре медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу ОМС), центрах (кабинетах) охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах (кабинетах) охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах профессиональной патологии, патологоанатомических отделениях, в домах ребенка, включая специализированные;

4) проводится медицинское обследование на предмет выявления психических заболеваний, психических расстройств и расстройств поведения.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифным соглашением между уполномоченным органом исполнительной власти Калининградской области, территориальным фондом обязательного медицинского страхования Калининградской области, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), представители которых включаются в состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС, созданной в Калининградской области в установленном порядке.

В Калининградской области применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

- при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Калининградской области, на территории которой вы дан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

— по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

— за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

— за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

4) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортное средстве при медицинской эвакуации), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

5) при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

2.2. Анализ деятельности ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»

Проанализируем доходы и расходы ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ». Исполнение плана 2020 по поступлениям ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Выполнение плана по поступлениям ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ», руб

Наименование показателя	План	Исполнено
Поступления, всего:	79 577 671,35	79 577 671,35
в том числе		
Субсидии на выполнение государственного задания	1 248 952,28	1 248 952,28
Целевые субсидии	8 427 616,75	8 427 616,75
Целевые субсидии (возврат)	67 000,00	67 000,00
Бюджетные инвестиции	0	0
Поступления от оказания учреждением услуг (выполнения работ), относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности (бюджет)	0	0
Поступления от оказания учреждением услуг (выполнения работ), относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности (ОМС)	63 695 449,59	63 695 449,59
в том числе:		
Услуга (работа) № 1 (ОМС)	61 870 136,82	61 870 136,82
Услуга (работа) № 2 (нормированный запас)	1 825 312,77	1 825 312,77
Поступления от оказания учреждением услуг (выполнения работ), относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности (платные услуги)	6 205 652,73	6 205 652,73
Услуга (работа) № 1 (платные услуги)	5 697 085,18	5 697 085,18
Услуга (работа) № 2 (родовые сертификаты)	363 000,00	363 000,00
Штрафы, пени, неустойки,возмещения ущерба	54 203,55	54 203,55
Поступления от реализации ценных бумаг	0	0
Поступления от иной приносящей доход деятельности (аренда, штрафные санкции)	91 364,00	91 364,00
Планируемый остаток средств на конец планируемого года	2 955 563,61	2 955 563,61

Данные таблицы 5 показывают, что план по поступлениям выполнен на 100%, то есть ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» четко соответствует запланированным показателям. Отчетность представлена в приложении 2.

Далее представим структуру поступлений ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» на рисунке 6.

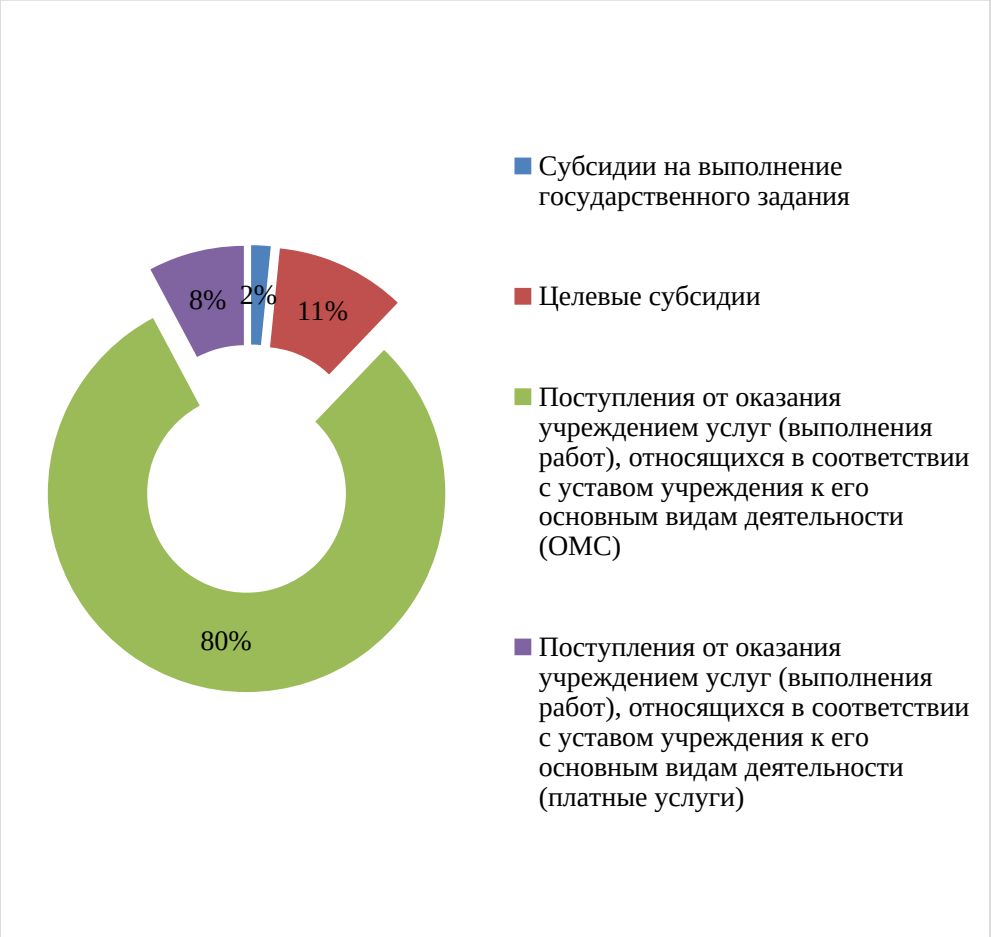


Рисунок 6 – Структура поступлений ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ», %

Как показывают данные рисунка 6 и таблицы 5, наибольший удельный вес в структуре поступлений ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» занимают поступления от оказания учреждением услуг (выполнения работ), относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности (ОМС) – 80% от общего объема всех поступлений.

Доход от оказания платных услуг, не включенных в перечень ОМС, составляет 8%.

Так же в структуре поступлений ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» присутствуют целевые субсидии – 11% от общего объема поступлений.

На рисунке 7 представлена структура поступлений от оказания услуг ОМС.

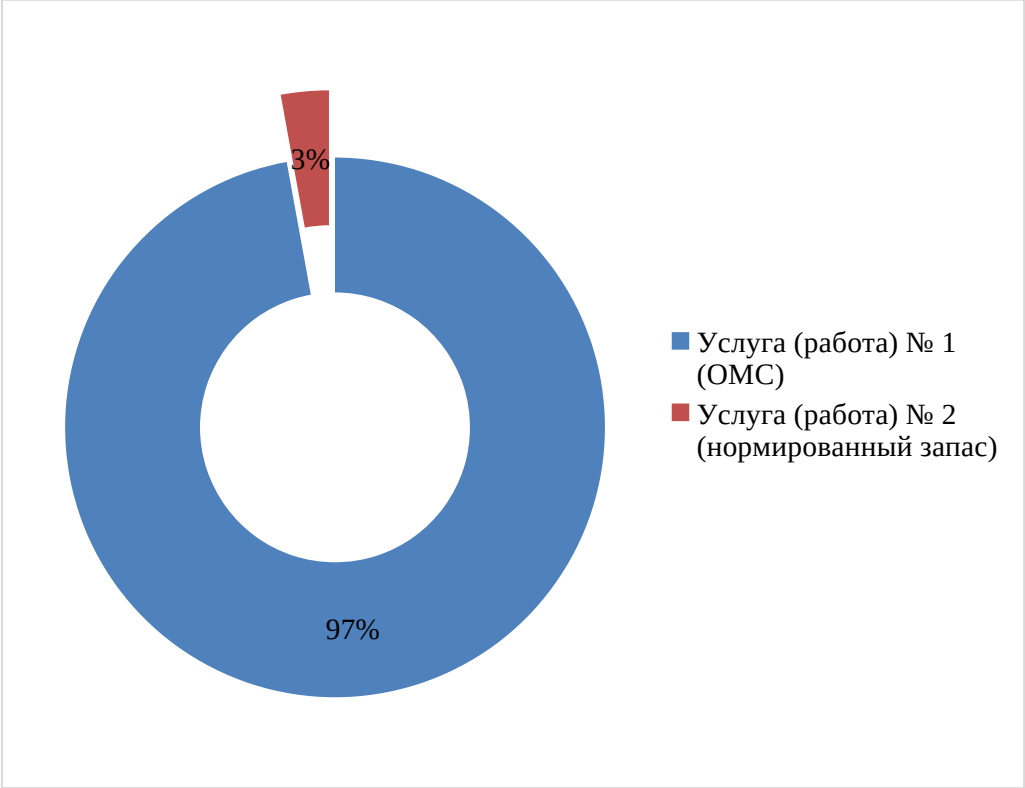


Рисунок 7 – Структура поступлений от оказания услуг ОМС ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ», %

Данные рисунка 7 показывают, то в структуре поступлений наибольшая доля представлена доходами от оказания услуг по ОМС – 97%, доходы от оказания услуг в соответствии с нормированным запасом составляют 3%.

Далее проанализируем расходы ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ», представленные в таблице 6.

Таблица 6 – Расходы ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ»

Наименование показателя	По плану	Фактически
Расходы (выплаты), всего:	83 829 901,23	83 829 901,23
в том числе:		
оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	57 100 423,07	57 100 423,07
услуги связи	643 629,90	643 629,90
транспортные услуги	14 400,00	14 400,00
коммунальные услуги	1 838 791,19	1 838 791,19
арендная плата за пользование имуществом	8 779,68	8 779,68
услуги по содержанию имущества	3 586 574,61	3 586 574,61
прочие услуги	2 861 623,13	2 861 623,13
расчеты по страхованию	15 644,27	15 644,27
пособия по социальной помощи населению	0	0
прочие расходы	193 943,94	193 943,94
увеличение стоимости основных средств	8 144 647,58	8 144 647,58
увеличение стоимости нематериальных активов	0	0
увеличение стоимости материальных запасов	9 410 725,70	9 410 725,70
приобретение ценных бумаг	0	0
иные выплаты	10 718,16	10 718,16

Данные таблицы 6 показывают, что план по расходованию средств ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» выполнен.

Представим структуру расходов ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» на рисунке 8.

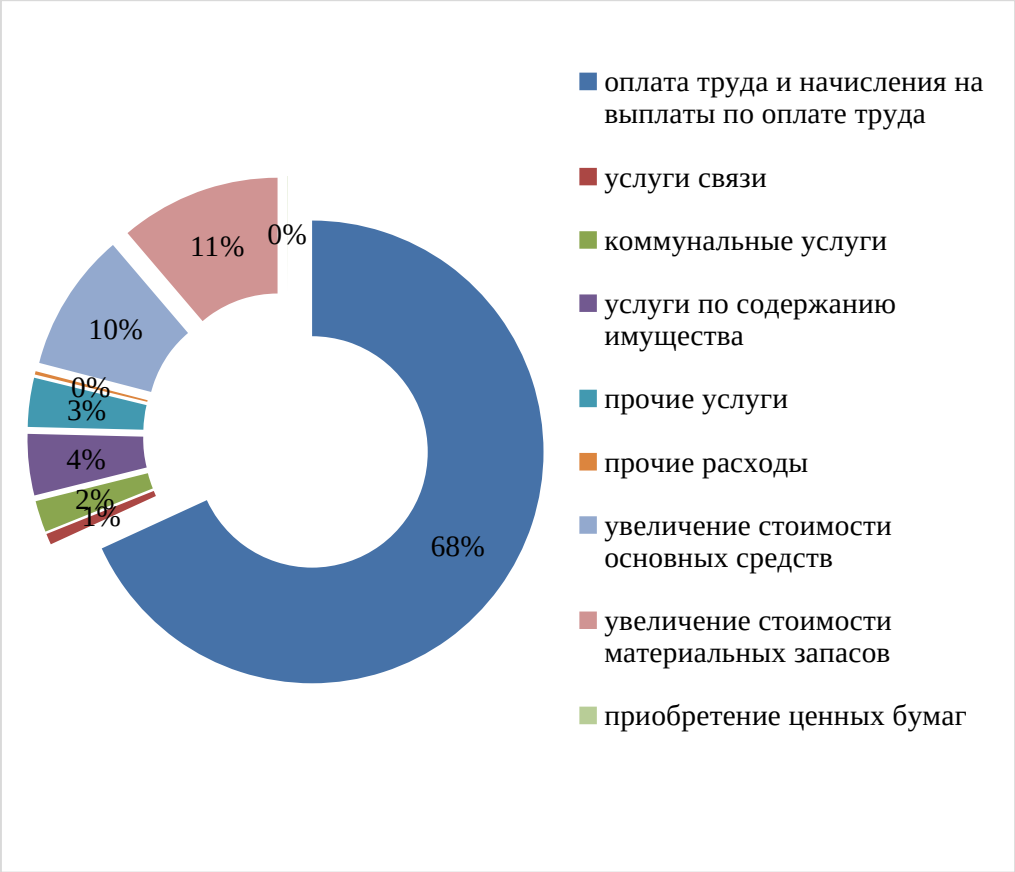


Рисунок 8 – Структура расходов ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ», %

Данные рисунка 8 наглядно показывают, что в структуре расходов ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» наибольший удельный вес занимают расходы на оплату труда сотрудникам (врачам, среднему медицинскому персоналу, младшему медицинскому персоналу) – 68% от общей величины расходов.

2.3. Оценка эффективности медицинского страхования

Среди пациентов ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» 95% - это лица, застрахованные в страховой компании «СОГАЗ-Мед».

Акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» – одна из крупнейших страховых медицинских компаний Российской Федерации, специализирующихся на осуществлении обязательного медицинского страхования.

Компания была образована в 1998 г. На данный момент в АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» застраховано 42 428 774 человека.

Основными задачами данной страховой компании в системе ОМС являются:

- защита прав застрахованных в компании граждан на получение бесплатной медицинской помощи;

- контроль качества и сроков оказания медпомощи;

- своевременное информирование застрахованных по вопросам системы ОМС.

На основе консолидированного отчёта страховой компании «СОГАЗ-Мед» отразим основные финансовые показатели её деятельности за 2019-2020 гг. на рисунке 9.

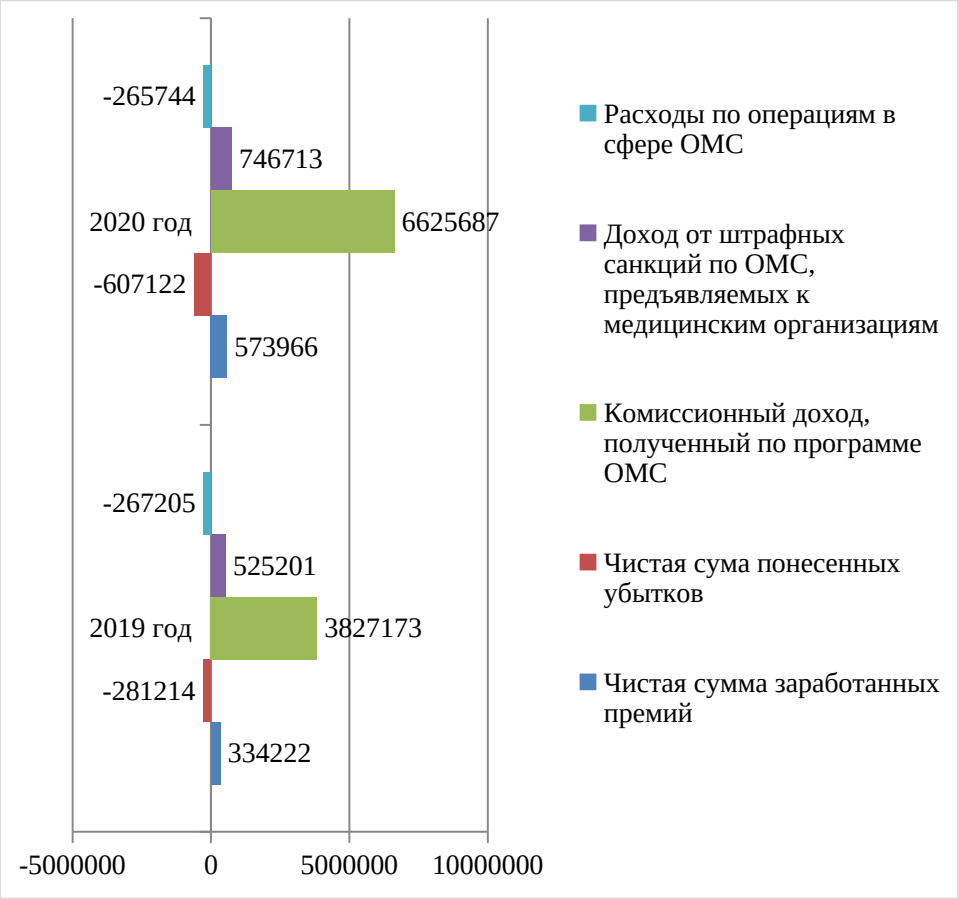


Рисунок 9 - Показатели финансовой отчетности за 2019-2020 гг., тыс. руб

Данные рисунка 9 показывают, что за период с 2019 по 2020 года в страховой компании наблюдается тенденция к увеличению показателей финансовой отчетности, исключение составляют расходы по операциям в сфере обязательного медицинского страхования.

Чистая сумма заработанных премий выросла с 334222 тыс. руб. до 573966 тыс. руб., рост составляет 73,7%. Но в тоже время увеличилась чистая сумма понесенных убытков с 281214 тыс. руб. до 607122 тыс. руб., то есть на 115,9%. Данное изменение возможно, во-первых, из-за роста числа застрахованных за рассматриваемый период, а во-вторых, из-за увеличения частоты наступления страховых случаев в 2020 г. Комиссионный доход, полученный по программе обязательного медицинского страхования и доход от штрафных санкций по обязательному медицинскому страхованию, предъявленных к медицинским организациям выросли на 73,1% и 42,2% соответственно.

Комиссионный доход является вознаграждением страховой медицинской организации за оказание услуг застрахованным по программе обязательного медицинского страхования. Ранее комиссионный доход включал в себя средства в размере от 1 до 2% от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам. А доходы от штрафных санкций представляют собой средства, полученные по результатам проверки качества оказания медицинских услуг, предоставленных медицинскими организациями в ходе медико-экономических экспертиз.

Расходы, включающие оплату труда, аренду, приобретение и обслуживание транспорта, выплату дивидендов, расходы по инвестициям, рекламу, обучение персонала, расходы на страхование, штрафы, пени, неустойки и др., выросли в 1,5 раза по сравнению с 2019 годом. А прибыль за анализируемый период выросла более чем в 2 раза.

По нашему мнению, реформа в больше степени окажет влияние на комиссионный доход и доходы от штрафных санкций по обязательному

медицинскому страхованию, предъявленных к медицинским организациям, а именно уменьшит их значение в результате исключения страховых медицинских организаций из взаимоотношений с федеральными медорганизациями.

Норматив на ведение дела по программе ОМС снижен до 0,8-1,1%, а также полномочие по проведению медико-экономических экспертиз утратило силу для страховщиков. Это в достаточной степени отразится на их прибыли в сторону понижения. У страховых компаний появится необходимость более грамотно планировать свою расходную часть. Разумеется, реформа в системе здравоохранения повлекла за собой широкое общественное обсуждение.

В эффективности нововведённого принципа контроля сомневается депутат Госдумы Денис Парфёнов. Он утверждает, что, поскольку ФФОМС распоряжается огромными суммами денежных средств, данное изменение может сделать его работу еще менее прозрачной. Депутат также намекает, что деньги могут не дойти до больниц, а задержаться в фонде. Всероссийский союз страховщиков во главе с руководителем Игорем Юргенсом высказал опасения в письме президенту. ВСС прогнозирует, что возврат к «сметно-распределительной системе» создаст угрозу финансовой устойчивости страховщиков и частных клиник в ОМС, причём некоторым придётся уйти с рынка. Ожидается также падение качества и доступности медпомощи, рост бюрократизации и коррупции, а также нарастание социальной напряжённости в регионах. Игорь Юргенс напоминает в письме президенту, что страховщики по результатам проверок возвращали в бюджет не менее 12 млрд. рублей.

Таким образом, Объектом исследования в работе выступает государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Краснознаменская центральная районная больница».

ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» бесплатно оказывает медицинские услуги на условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) в

соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 года.

В рамках данной программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) населению бесплатно предоставляются: первичная медико—санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями. Среди пациентов ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» 95% - это лица, застрахованные в страховой компании «СОГАЗ-Мед».

3 Проблемы реализации системы медицинского страхования и пути ее совершенствования

3.1. Предложения по совершенствованию оказания услуг по полисам ОМС для медицинской организации

Страховое обеспечение по ОМС носит сложный, «двухкомпонентный состав» – это не только предоставление застрахованному лицу требуемой при реализации страхового случая медицинской помощи, но и ее оплата медицинской организации (п. 5 ст. 3 ФЗ № 326). Исполнение каждого из этих обязательств опирается на договор, а в своем единстве они образуют социально-обеспечительное благо – «бесплатную медицинскую помощь», отказ в которой медицинской организацией недопустим (ч. 5 ст. 15 ФЗ № 326) (Т. К. Миронова).

При этом собственно оплата указанной помощи за счет целевых средств ОМС, осуществляемая фондами в том числе с привлечением страховых организаций, имеет финансово-правовую природу. В этом контексте дефиниция страхового обеспечения по ОМС отражает глубину межотраслевого взаимодействия норм права социального обеспечения и финансового права [28, с. 57].

Следует заметить, что эта взаимосвязь для отрасли естественна, поскольку государственный источник имущественных благ нуждающимся традиционно является одним из родовых признаков социального-обеспечительных правоотношений. По словам Е. А. Истоминой, «отношения, опосредующие финансирование социального обеспечения, и отношения, непосредственно направленные на компенсацию социальных рисков, являются «равноправными» в сфере защиты от социальных рисков». Но все же ОМС уникально, это единственный пример, когда обязательство по финансированию включено в содержание страхового обеспечения (А. Б. Иванюженко).

Двойственность правовой природы в полной мере отражают и договоры, заключаемые участниками ОМС (А. М. Лушников, М. В. Лушникова) [5, с. 336]. В целом, несмотря на договорную форму, содержание является публично-правовым (Н. В. Рощепко). Поэтому очевидное повышение роли и числа договоров в системе ОМС не есть усиление частноправовых начал в регулировании отношений участников.

Скорее, напротив – как введение нового вида договора, так и совершенствование действующих служит публичным целям. А при внимательном анализе можно сказать, что приоритетом для соглашений по гл. 8 ФЗ № 326 является регламентация финансово-правовой компоненты социально-страхового обеспечения.

Подтверждением тому выступает новая редакция ч. 2 ст. 39 ФЗ № 236, раскрывающая предмет трехстороннего договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Так, п. 1 нормы ограничивает обязательства медицинской организации по территориальной программе ОМС исполнением объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных ей решением комиссии субъекта РФ. Безусловно, и до 2021 г. ФЗ № 326 содержал указание на установленные объемы медицинской помощи (ч. 6 ст. 39). Однако с их соблюдением связывался не предмет договора в целом, а лишь оплата медицинской помощи со стороны страховой организации (Н. В. Рощепко).

Такой подход согласуется с дефиницией «страховое обеспечение по ОМС», равно как и с гарантиями права застрахованного лица в разрезе программ ОМС – упомянутые нормы не ставят оказание медицинской помощи в зависимость от ее плановых объемов (п. 5 ст. 3, ч. 5 ст. 15, пп. 1 ч. 1 ст. 16, пп. 1 ч. 2 ст. 20 ФЗ № 326). Что же касается оплаты, то при сохранении распределенных объемов медицинской помощи (в том числе ввиду отказа комиссии субъекта их увеличить), страховая организация квалифицировала нарушение контрагента по коду 5.3.2, исключая спорные счета из перечня оплачиваемых.

Следует заметить, норматив целевых средств закрепляется и для страховой организации договором о финансовом обеспечении ОМС . А потому последняя, снимая с оплаты счета по коду дефекта 5.3.2, действовала в рамках договорных обязательств перед ТФ ОМС.

Возможность страховой организации получить дополнительное финансирование из нормированного страхового запаса ТФ ОМС предусмотрена по закрытому перечню оснований – повышенная заболеваемость, рост тарифов на оплату медицинской помощи, число застрахованных лиц и (или) изменение их половозрастной структуры (ч. 6 ст. 38 ФЗ № 326). Но фонды ОМС весьма критически относятся к превышению медицинскими организациями распределенных объемов (Ф. Н. Кадыров).

Отмечается, что после их исчерпания медицинская организация не вправе бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь по территориальной программе ОМС, а обязана перенаправить их в другие лечебные учреждения, в том числе по принципу территориального прикрепления, или предоставлять медицинские услуги на платной основе. Оплата такой «сверхлимитной» помощи трактуется ТФ ОМС как нецелевое расходование средств ОМС.

В изложенной ситуации финансовые интересы медицинской организации могли быть защищены только судом. По спорам данной категории суды нередко разделяют позицию истца: если медицинская помощь охватывается программами ОМС (теми ее видами, которые поименованы в программе), а иных нарушений, кроме как по коду 5.3.2 не допущено, медицинская организация вправе требовать ее оплаты. Касательно превышения в отчетном периоде фактических расходов над запланированными, то для отнесения спорной разницы на финансовые результаты деятельности медицинской организации оснований нет [26, с. 57].

Последняя не несет ответственности за недостатки прогнозирования заболеваемости населения или планирования программы ОМС. Изложенное понимание обязательств системы ОМС, отнесение к страховому

обеспечению медицинской помощи по программам ОМС независимо от распределения ее плановых нормативов еще в 2018 г. получило закрепление на уровне Обзора судебной практики Верховного Суда РФ№ 47 . И все же нельзя сказать, что эта позиция устоялась.

Например, по делу № А40-105888/20 Арбитражный суд города Москвы пришел к выводу, что медицинская организация, требуя оплаты спорной медицинской помощи, злоупотребляет своим правом, пытаясь получить дополнительную прибыль на свой риск в обход регламентированной законом процедуры, хотя имела возможность планировать и оказывать медицинскую помощь с учетом установленных объемов ее предоставления и финансового обеспечения.

Такой «выход за пределы» суд расценил как одностороннее изменение условий договора в части выполняемого задания; соответственно, допустив нарушение договорных обязательств, медицинская организация не имеет правовых оснований требовать оплаты искомых услуг. Думается, новеллы 2021 г. позволят расширить применение означенного подхода. Что характерно, упоминавшийся код дефекта 5.3.2 по Приложению № 8 Порядка контроля медицинской помощи по ОМС относился к группе нарушений, «связанных с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС».

Таким образом, с точки зрения ФФ ОМС, оказание медицинской помощи свыше распределенных объемов не покрывается страховым обеспечением. В 2019–2020 гг. Верховным судом РФ рассматривалось дело № АКПИ19-729 о признании недействующим спорного основания к отказу в оплате помощи по ОМС. По мнению заявителя, п. 5.3.2 Приложения № 8 к Порядку противоречит законодательству об ОМС и охране здоровья граждан, идет вразрез с государственными гарантиями соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС независимо от финансового положения страховщика, препятствует созданию условий для

обеспечения доступности и качества медицинской помощи в рамках программ ОМС.

Верховный суд РФ, однако, не нашел оснований для удовлетворения требований, особо подчеркнув, что содержание п. 5.3.2 Приложения № 8 к Порядку не допускает неоказания, несвоевременного оказания или оказания медицинской помощи ненадлежащего качества. В случае несогласия с отказом в оплате медицинской помощи по искомому основанию медицинская организация вправе его оспорить в арбитражном суде. С 24 мая 2021 г. утвержденный ФФ ОМС Порядок контроля медицинской помощи по ОМС утратил силу. Данный сегмент полномочий страховщика передан Минздраву России (ч. 1 ст.4 0 ФЗ № 326). Но в свете ч. 2 ст. 39 ФЗ № 326 превышение распределенных объемов медицинской помощи как основание для отказа ее оплатить сохранило актуальность. Приказом Минздрава России от 19.03.2021 г. № 231н введен в действие соответствующий порядок контроля (далее – Порядок Минздрава России). Документ предусматривает коды 1.6.2, 1.6.3, фиксирующие нарушения со стороны медицинских организаций, идентичные действовавшему коду 5.3.211. Без изменений и санкция – уменьшение или отказ в оплате «сверхобъемной» медицинской помощи. Что характерно, впервые среди целей контроля фигурирует соответствие стоимости оказанной медицинской помощи размеру финансового обеспечения ее объемов, распределенных медицинской организации. На достижение этой цели преимущественно и направлен медико-экономический контроль, итогом которого могут быть санкции по разделу I приложения № 8 к Порядку Минздрава России, в том числе кодам 1.6.2, 1.6.3. Напомню, с 2021 г. медико-экономический контроль стал прерогативой фондов ОМС. Он проводится в течение 5 рабочих дней с даты представления медицинской организацией реестров счетов на оплату.

Так, если ФФ ОМС подконтрольны федеральные медицинские организации, то ТФ ОМС – все прочие. В случае выявлении фактов оказания «сверхобъемной» медицинской помощи, позиции реестра счета снимаются с

оплаты. При прочих равных условиях приоритет в оплате отдается экстренной и неотложной медицинской помощи, а равно оказанной при заболеваниях, относимых к числу основных причин смертности в субъекте РФ. Тем не менее медицинская организация вправе однократно повторно представить в ТФ ОМС отклоненные счета (очевидно, если комиссия субъекта РФ увеличила в отчетном периоде объемы помощи (ее финансового обеспечения)).

Ужесточение законодательства об ОМС в части соблюдения плановых нормативов объемов и стоимости медицинских услуг оправдано при условии сбалансированности бюджетов фондов ОМС (их «бездефицитности»), а равно применения тарифов, способных покрыть затраты на предоставление медицинской помощи. Однако тарификация определяется финансовыми возможностями бюджета ТФ ОМС, что в общем-то естественно с учетом публично-правового механизма финансирования ОМС. Именно размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете ТФ ОМС, формирует стоимость такой программы (ч. 11 ст. 36 ФЗ № 326).

Соответственно, любая коррекция распределенных участнику ОМС объемов медицинской помощи упирается в показатели ее финансового обеспечения. Увеличение объемов медицинских услуг для одной медицинской организации, возможно, как правило, за счет сокращения нормативов другой. И хорошо, если это сокращение будет соответствовать реальным нуждам застрахованных лиц в медицинской помощи, оказываемой последней.

С точки зрения актуальной редакции предмета договора, заключаемого медицинской организацией, распределенные ей объемы медицинской помощи, являются тем пределом, в рамках которого может предоставляться бесплатная помощь. В случае его превышения риск убытков несет непосредственно медицинская организация. Фактически участник ОМС принимает на себя искомый риск посредством заключения договора.

Средства минимизации риска убытков для медицинской организации (по логике фондов ОМС, которую, вероятно, разделяет и Минздрав России) – жесткое планирование своей деятельности и следование распределенным нормативам, а равно возмездное оказание требуемых медицинских услуг, направление застрахованных лиц в другие медицинские организации. Однако для этого придется учитывать не только территорию обслуживания или профиль «принимающей стороны», но и наличие «свободных объемов» медицинской помощи. Ибо их отсутствие исключает правомерное оказание медицинской помощи по ОМС. Что касается взимания платы за медицинскую помощь, предусмотренную программами ОМС, то это нарушение по коду 2.11 Приложения № 8 к Порядку Минздрава России, равно как необоснованный отказ в ее оказании (коды 2.3 и 2.4).

Поэтому, выбирая обозначенный путь минимизации риска убытков, медицинская организация должна быть готова столкнуться с применением санкций по иным основаниям, а также требованиями застрахованных лиц о возмещении убытков (в размере стоимости платных медицинских услуг, к получению которых они были вынуждены) или причиненного вреда жизни, здоровью, компенсации морального вреда (если последствия отказа в медицинской помощи, «перенаправления» имели столь негативный характер). Заметим, суды при рассмотрении обозначенных требований застрахованных лиц оценивают обязанность оказать бесплатную медицинскую помощь только в разрезе ее видов по программам ОМС, без уточнения закрепленных объемов.

В сущности, новеллы законодательства о договорах в системе ОМС, акты Минздрава России санкционировали отказ в медицинской помощи или ее платный характер для граждан, имевших неосторожность обратиться в медицинскую организацию, исчерпавшую регламентированные нормативы. Соблюдение плановых объемов медицинской помощи под угрозой санкций может достигаться ценой ее доступности для застрахованных лиц. Изложенное заставляет задуматься о приоритетах системы ОМС. Принимая

во внимание государственные гарантии права на бесплатную медицинскую помощь, квалификация ее предоставления по страховому случаю сверх плановых объемов как нарушение видится парадоксом (С. В. Нечаев).

Любое страхование носит рисковый характер. А потому коды 1.6.2, 1.6.3 должны быть выведены из перечня «дефектов/нарушений» и служить основанием использования «резервных» источников покрытия страховых обязательств. В системе ОМС таковым является нормированный страховой запас ФФ и ТФ ОМС (ч. 3, ч. 6 ст. 26 ФЗ № 326).

Сейчас право обратиться к ТФ ОМС за предоставлением дополнительных средств принадлежит страховой медицинской организации. Но в свете передачи фондам ОМС медико-экономического контроля оценка необходимости использования нормированного страхового запаса возможна и непосредственно ТФ ОМС по факту установления оказания медицинской помощи с превышением закрепленных объемов, тем более что подтвердить ее реальное предоставление застрахованным лицам и соответствие стандартам возможно путем проведения внеплановых медико-экономической экспертизы, экспертизы качества.

3.2. Перспективы развития медицинского страхования в период пандемии

В 2020 г. во всем мире сложилась критическая эпидемиологическая ситуация, связанная с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19). В декабре 2019 г. в китайском субпровинциальном городе Ухань произошла серия случаев пневмонии неизвестной причины, клинические проявления которой сильно напоминали вирусную пневмонию. Глубокий анализ образцов нижних дыхательных путей показал наличие нового коронавируса, который был назван 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) . 30 января 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила эту вспышку чрезвычайной ситуацией в области общественного

здравоохранения, имеющей международное значение, а 11 марта – пандемией.

Спустя полгода рост числа случаев заражения продолжается: по состоянию на начало декабря 2020 г. общее количество случаев заболевания COVID-19 в мире составляет более 65 млн человек, ежедневный прирост (за сутки) составляет около 700 тыс. заболевших. В России 5 декабря 2020 г. зафиксирован антирекорд по количеству случаев заболевания COVID-19: за сутки было выявлено 28 782 заболевших коронавирусом в 85 регионах страны.

Приведенная статистика свидетельствует о стремительном продолжении роста числа случаев заражения новым вирусом. Сложившаяся чрезвычайная ситуация продемонстрировала наличие острых проблем в системе обязательного медицинского страхования, возникших в связи с предоставлением медицинской помощи в неблагоприятных условиях. Обязательное медицинское страхование представляет собой институт социальной защиты граждан, который находится под контролем государства и призван реализовывать конституционное право граждан на охрану здоровья и качественную медицинскую помощь.

Система медицинского страхования в России, созданная еще в советское время, сегодня испытывает значительные сложности. Фонды обязательного медицинского страхования, финансирование которых происходит за счет взносов работодателей, не могут обеспечить высокий уровень качества и эффективности бесплатного медицинского обслуживания населения страны. При этом добровольное медицинское страхование может себе позволить ограниченное число граждан страны в силу их финансовой обеспеченности или только крупные предприятия. В 2020 году мир столкнулся с пандемией COVID-19, которая выявила и усилила давно имеющиеся проблемы в области системы страхования медицины и качества здравоохранения России.

Система ОМС финансируется смешанно: 5,1 % в размере от фонда оплаты труда работников поступает от работодателей, остальные средства поступают от консолидированных бюджетов регионов. Все поступающие денежные средства аккумулируются в федеральном фонде обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Основные показатели по ДМС представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Динамика данных по ДМС России 2014 – 2020 гг.

Показатель	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Премии, млрд руб	114,97	124,07	128,96	137,82	140,01	151,84	180,65
Выплаты, млрд руб	89,94	95,22	99,64	100,63	105,81	111,93	126,50
Число договоров, млн штук	10,58	11,35	10,33	10,27	11,79	12,32	13,98
Коэффициент выплат	78,23	76,74	77,27	73,02	75,58	73,71	70,02

По данным таблицы 7 нагляден поступательный ежегодный рост страховых премий, а также сумм выплат по договорам ДМС. За 2013 – 2019 годы увеличилось число договоров, что связано с развитием недорогих пакетов страховых продуктов, которые активно распространяются среди населения. Средний коэффициент выплат составляет чуть выше 70%, однако средняя выплата по договору ДМС, согласно данным Банка России, сократилась более чем в два раза и по итогам 2019 года составила около 3,2 тыс. руб.

Основной причиной этого является развитие телемедицины, распространением франшиз и программ с ограниченным набором рисков, а также изменением политики урегулирования убытков крупных страховщиков. При этом стоит отметить, что комбинированный коэффициент убыточности по ДМС, согласно данным ЦБ РФ, за 2016 – 2019 гг. составлял более 85 %, что является высоким показателем и положительно характеризует данный вид страхования.

Однако, стоит отметить, что более 90 % страховых взносов в данном секторе принадлежит корпоративным клиентам, предоставляющими своим сотрудникам расширенные социальные пакеты. Кроме того, большая часть взносов относится к центральным регионам страны. Такое положение связано, во-первых, с низкой финансовой грамотностью населения, во-вторых, с высокой стоимостью для значимой части граждан России, в-третьих, с низкой информированностью населения о выгодах ДМС и возможных программах.

Далее рассмотрим показатели по обязательному медицинскому страхованию (таблица 8).

Таблица 8 – Динамика данных ОМС России 2014 – 2020 гг.

Показатель	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Доходы, млрд руб.	1163	1368	1535	1499	1737	1896	2124
Расходы, млрд руб.	111	1312	1456	1446	1655	1989	2187
Число застрахованных лиц на конец года, млн человек	143,03	145,96	147,13	146,77	146,33	146,09	146,48
Дефицит / профицит, млрд руб.	52	56	79	53	82	-93	-63
Кол-во медицинских организаций ОМС, тыс. штук	8,23	8,46	8,62	8,95	9,34	9,33	9,30
Кол-во застрахованных на 1 организацию ОМС, тыс. чел.	17,39	17,25	17,07	16,41	15,66	15,65	15,64

Что касается ОМС, то наблюдается также ежегодный рост доходов. По итогам 2019 года сумма доходов составила более 2 трлн руб. Число застрахованных также возросло. С 2013 по 2017 гг. бюджет ФОМС исполнялся с профицитом, по итогам 2018 и 2019 года бюджет был

дефицитным и финансировался за счет переходящих остаток предыдущих лет. По заключению Банка России причинами ухудшения динамика стали низкие темпы роста расходов домохозяйств России, к чему привели низкие темпы роста заработной платы населения.

Анализ системы медицинского страхования в России, а также изучение публикаций исследователей, позволяет выделить ряд проблем в данной области.

Проблема первая – отсутствие полноценного законодательного регулирования добровольного медицинского страхования, а также несовершенство законодательства по ОМС.

Вторая проблема – сложная и непрозрачная система финансирования медицинских организаций.

Третья проблема – низкое качество услуг по полисам ОМС и снижение доступности медицинского обслуживания для населения России.

Четвертая проблема – отсутствует система показателей, которая бы позволяла оценивать качество работы ДМС и ОМС в стране, оценивала бы работу медицинских организаций, включенных в ту или иную систему страхования.

Отмеченное свидетельствует о необходимости мер по совершенствованию и даже скорее реформированию системы медицинского страхования в России. В 2020 году мир столкнулся с пандемией COVID-19, которая выявила и усилила давно имеющиеся проблемы в области качества здравоохранения России.

Отмеченная выше тенденция сокращения больничных коек сыграла плохую роль в данной ситуации: власти большинства регионов страны признали нехватку мест размещения больных. Был отмечен рост ожидания скорых – от 1 часа до 8 часов ожидания, очереди на КТ легких увеличились, время ожидания могло составлять более 1 суток.

Карантинные меры привели к закрытию большого количества организаций, падению доходов населения, что в ближайшем будущем

приведет к сокращению доходов ФОМС. По оценкам аналитиков «Эксперт РА» в сегменте ДМС стоит ожидать снижение премий на 20 %.

Подобная ситуация окажет сильное влияние на качество системы здравоохранения в стране, которое находится, итак, на невысоком уровне. При этом обеспокоенность населения своим здоровьем существенно возрастает, что приводит и будет приводить к росту спроса на услуги медицинских учреждений, увеличению нагрузки на медицинский персонал. Пандемия COVID-19 выявила дополнительные проблемы системы медицинского страхования в России. В данных условиях необходимо принятие мер по совершенствованию системы медицинского страхования в России.

В первую очередь, существенная поддержка государства – рассмотреть возможность софинансирования медицинских учреждений, когда часть средств будет поступать из федерального бюджета, а другая часть по-прежнему поступать от взносов работодателей. При этом возможно увеличить ставку с 5,1 % до более высокого уровня.

Во-вторых, увеличить вовлеченность частных медицинских организаций к оказанию помощи по ОМС.

В-третьих, пересмотреть систему финансирования медицинских учреждения: установить прозрачные и четкие критерии выделения средств, а также показатели оценки эффективности их использования.

Таким образом, в современных условиях необходимо обеспечить развитие системы медицинского страхования, направленное на повышение качества медицинского обслуживания населения, повышения его доступности и эффективности, а также на рациональное использование денежных средств, на всех этапах аккумулирования и распределения.

Главным источником поддержания нормального функционирования системы здравоохранения в Российской Федерации в настоящее время являются средства, поступающие от ОМС в размере более 62% от общих поступлений. При этом важнейшим финансовым источником ОМС являются

страховые взносы в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС) в размере 5,1% от фонда оплаты труда. На текущий момент в связи с распространением нового вируса происходит снижение поступления страховых взносов в ФФОМС.

К главным причинам, препятствующим формированию средств ФФОМС в сложившейся эпидемиологической ситуации, относят: падение уровня заработных плат персонала, сокращение численности из-за вынужденного простоя, образовавшегося еще весной текущего года, прекращение производства, а также снижение тарифов страховых взносов для малого и среднего бизнеса, отсрочка по уплате страховых взносов в ФФОМС в рамках поддержки бизнеса в период пандемии.

Новые реалии требуют обновления подходов к управлению системой обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, в первую очередь в части организации финансирования. Изменения уже запущены, о чем свидетельствуют разработанные поправки в нормативные правовые акты. Так, апрельские поправки, предусмотренные Федеральным законом от 1 апреля 2020 г. № 98-ФЗ (в ред. от 8 июня 2020 г.) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций», расширили состав доходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС), включив в него межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются средства федерального бюджета, предоставляемые на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в условиях чрезвычайной ситуации и/или при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих (пп. 6.1 ч. 4 ст. 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Представляется интересным правовой режим дополнительных финансовых ресурсов, выделяемых ТФОМС. Тем же апрельским законом закреплена обязанность ТФОМС формировать в составе расходов бюджета нормированный страховой запас, включающий средства, в том числе предназначенные для финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, в условиях чрезвычайной ситуации и/или при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих (пп. 5 ч. 6 ст. 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Соответственно, можно предположить, что выделяемые в рамках межбюджетных трансфертов дополнительные финансовые средства предназначены именно для формирования указанного нормированного страхового запаса. Такой подход логичен, с учетом того что для формирования нормированного страхового запаса по другим направлениям (дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС; расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС; для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования; для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала) предусмотрены источники финансирования.

Так, например, дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС производится за счет доходов бюджетов ТФОМС, а финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников

– за счет средств от применения территориальным фондом к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (ч. 6.1, 6.3 ст. 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Однако источники формирования нормированного страхового запаса по новому направлению в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» не определены. А порядок использования средств межбюджетных трансфертов, переданных ТФОМС из федерального бюджета через региональные, определен правительством Российской Федерации в постановлении от 12.08.2020 № 1213 «Об утверждении Правил предоставления из резервного фонда Правительства Российской Федерации в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и г. Байконура в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура по предоставлению межбюджетного трансферта бюджету соответствующего территориального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в условиях чрезвычайной ситуации и/или при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования».

Согласно этому документу ТОФМС вправе израсходовать денежные средства на выполнение территориальных программ ОМС, а также на исполнение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении региональными органами государственной власти полномочий в сфере охраны здоровья граждан, делегированных Российской Федерацией (пп. 1, 2 ч. 5 ст. 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

При этом указанный порядок установлен только на 2020 г. С учетом изложенного представляется, что ст. 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» следует дополнить нормой, предусматривающей источник формирования нормированного страхового запаса, включающего средства, в том числе предназначенные для финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, в условиях чрезвычайной ситуации и/или при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Это правило необходимо для упорядочения соответствующих финансовых правоотношений в сфере ОМС.

Также целесообразно заложить правовые основы для выделения дополнительных финансовых ресурсов в бюджеты ТФОМС за счет собственно средств региональных бюджетов в условиях чрезвычайной ситуации и/или при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Для этого потребуется внести соответствующие изменения в ст. 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» с учетом того, что ч. 3, 4 указанной статьи предусматривают, что дополнительное финансирование территориальных фондов за счет платежей субъектов Российской Федерации возможно только при установлении дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС.

Итак, можно сделать вывод, что новеллы правовой основы системы ОМС как механизма (инфраструктуры) финансирования медицинской помощи населению, которые следует оценивать положительно, тем не менее требуют уточнения.

В качестве проблемных вопросов системы медицинского страхования выступают: недостаточная осведомленность населения о возможностях и пределах получения медицинских услуг, чем не редко пользуются медицинские учреждения, оказывая платно услуги; проблема оказания медицинской помощи с применением высоких технологий при исчерпании медицинской организацией выделенного на эти цели лимита в рамках ОМС; недостаточная материальная (к примеру, недостаточное количество машин скорой помощи, медицинского оборудования, например томограф в единственном экземпляре на район/город) и кадровая обеспеченность лечебных организаций (отсутствие узконаправленных специалистов).

В качестве основных направлений совершенствования правовых основ медицинского страхования в работе выделены: совершенствование Программы государственных гарантий; развитие системы ОМС на основе принципов солидарности и социального равенства и расширение принципов страхования; развитие дополнительного медицинского страхования (в дополнение к обязательному медицинскому страхованию) при предоставлении застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг, не предусмотренных Программой государственных гарантий, для предоставления бесплатной медицинской помощи; развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения; развитие некоммерческих медицинских организаций, которые будут создаваться на основе территориальных и профессиональных принципов; введение обязательной аккредитации медицинского персонала; информатизация здравоохранения; построение вертикальной системы наблюдения и контроля в здравоохранении; поставка лекарственных средств и изделий медицинского назначения; ускорено инновационное развитие здравоохранения на основе результатов медико-биологических и фармакологических исследований; расширение открытого диалога с гражданским обществом, развитие общественного контроля; развитие международных отношений в здравоохранении и повышение роли России в мировом здравоохранении.

Заключение

Система медицинского страхования вносит существенный вклад в социальное и экономическое благополучие населения страны, защищая права застрахованных и управляя рисками, связанными с возникновением расходов на оказание медицинской помощи.

Цель медицинского страхования состоит в достижении высокого уровня здоровья населения при помощи профилактических мер, направленных на предотвращение заболеваемости и поддержание здоровья.

Роль медицинского страхования заключается в: передаче рисков, угрожающих жизни и здоровью человека, страховым компаниям, которые компенсируют затраты на восстановление и поддержание здоровья; экономической заинтересованности всех участников страховых отношений в предупреждении рисков, связанных с причинением вреда здоровью, и в осуществлении мер превентивного характера.

В России обеспечение социальной защиты интересов населения в области здравоохранения основывается на базовой программе обязательного медицинского страхования, толкование которой содержится в ст. 35 ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Анализ зарубежного опыта позволил сделать следующие выводы: уровень государственных и частных расходов на здравоохранение существенно зависит от возможностей страны, и доля финансирования здравоохранения варьирует от 5,2% валового внутреннего продукта в Китае до 17,1% в США по данным 2020 года; системы финансирования здравоохранения с использованием механизмов медицинского страхования получили распространение в большинстве стран мира. При этом в каждой из стран предполагается государственное участие в финансировании страховых фондов, регулировании страховой модели, контроле качества оказываемых услуг; ни в одной стране не существует конкретных моделей

государственного или частного медицинского страхования, финансирующего расходы системы здравоохранения в чистом виде, так как ни одна модель не может обладать универсальностью.

Объектом исследования в работе выступает государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Краснознаменская центральная районная больница», предметом деятельности которого является осуществление медицинской деятельности учреждения и оказания услуг, косвенно связанных с оказанием медицинской помощи населению, направленных на достижение целей создания учреждения.

ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» бесплатно оказывает медицинские услуги на условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 года.

В рамках данной программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) населению бесплатно предоставляются: первичная медико—санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

Среди пациентов ГБУЗ КО «Краснознаменская ЦРБ» 95% - это лица, застрахованные в страховой компании «СОГАЗ-Мед». Акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» – одна из крупнейших страховых медицинских компаний Российской Федерации, специализирующихся на осуществлении обязательного медицинского страхования.

В качестве проблемных вопросов системы медицинского страхования выступают: недостаточная осведомленность населения о возможностях и пределах получения медицинских услуг, чем не редко пользуются медицинские учреждения, оказывая платно услуги; проблема оказания медицинской помощи с применением высоких технологий при исчерпании медицинской организацией выделенного на эти цели лимита в рамках ОМС; недостаточная материальная (к примеру, недостаточное количество машин скорой помощи, медицинского оборудования, например томограф в единственном экземпляре на район/город) и кадровая обеспеченность лечебных организаций (отсутствие узконаправленных специалистов).

В качестве факторов, сдерживающих частные организации в участии в системе ОМС можно отнести: не всегда медицинские организации могут возместить полный тариф, так как обширно используется практика не включение в него амортизационных отчислений, и других затрат, связанных с деятельностью частной клиники; частные клиники предпочитают наличный расчет до момента оказания медицинской услуги, а не безналичный по факту оказания с обязательной процедурой выставления реестра на оплату; расценки в ОМС на дорогостоящее лечение занижены на 20-30 % от рыночной стоимости, что снижает рентабельность предоставляемых медицинских услуг; при оказании медицинской помощи населению по полисам ОМС, частные медицинские организации подвергаются контролю и проверкам со стороны страховых медицинских организаций, в результате чего на частную клинику могут быть наложены штрафные санкции и неоплата по реестрам; стоимость каждой услуги, оказанной по полису ОМС заранее учтена в тарифном соглашении, что не позволяет частным клиникам изменять ее в процессе работы в зависимости от изменяющихся условий рынка предоставляемых услуг; государственные медицинские учреждения в теории могут получать финансовые субсидии в поддержку от своих учредителей – муниципальных образований или регионов, частные медицинские организации лишены этой возможности и должны заранее

«закладывать» в тариф не только стоимость самой услуги, но и часть общих расходов клиники, а еще и попытаться на этом получить хотя бы какую-то прибыль.

В качестве основных направлений совершенствования правовых основ медицинского страхования в работе выделены: совершенствование Программы государственных гарантий; развитие системы ОМС на основе принципов солидарности и социального равенства и расширение принципов страхования; развитие дополнительного медицинского страхования (в дополнение к обязательному медицинскому страхованию) при предоставлении застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг, не предусмотренных Программой государственных гарантий, для предоставления бесплатной медицинской помощи; развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения; развитие некоммерческих медицинских организаций, которые будут создаваться на основе территориальных и профессиональных принципов; введение обязательной аккредитации медицинского персонала; информатизация здравоохранения; построение вертикальной системы наблюдения и контроля в здравоохранении; поставка лекарственных средств и изделий медицинского назначения; ускорено инновационное развитие здравоохранения на основе результатов медико-биологических и фармакологических исследований; расширение открытого диалога с гражданским обществом, развитие общественного контроля; развитие международных отношений в здравоохранении и повышение роли России в мировом здравоохранении.

Список использованных источников

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 01.07.2020 N 11- ФКЗ) // СЗ РФ. 01.07.2020. N 31. Ст. 4398.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 02.07.2021) // СЗ РФ. 28.11.2011. N 48. Ст. 6724.
3. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 24.02.2021) // СЗ РФ. 06.12.2010. N 49. Ст. 6422.
4. Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299 (ред. от 19.11.2021) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» // СЗ РФ. 11.01.2021, N 2 (часть I), ст. 384.
5. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 N 231н (ред. от 01.07.2021) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» // Официальный интернетпортал правовой информации http://pravo.gov.ru, 14.05.2021.
6. Постановление от 29 декабря 2018 г. № 805 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 года»
7. Поручение Президента РФ от 12 декабря 2020 г. «Перечень поручений по вопросам совершенствования системы обязательного медицинского страхования» // СПС «КонсультантПлюс»

8. Определение Верховного Суда РФ от 20.12.2021 N 305-ЭС21-23679 по делу N А40-109416/2020 //СПС КонсультантПлюс.URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 21.12.2021).

9. Определение Верховного Суда РФ от 12.03.2021 N 304-ЭС21-485 по делу N А27-20064/2019 // СПС КонсультантПлюс.URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 21.12.2021).

10. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации N 4 (2018) (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 26.12.2018) // БВС РФ. N 8, август, 2019.

11. Авксентьев Н.А. Прогноз расходов на здравоохранение в России до 2030 года // Финансовый журнал. – 2017. - № 1. - С. 63.

12. Асанов И.Р. Некоторые особенности обязательного медицинского страхования // Крымский академический вестник.- 2019.- № 2. С. 25 - 28.

13. Безуглая В.А. Зарубежный опыт становления и развития медицинского страхования // Экономика. Бизнес. Финансы. - 2021. - № 6. - С. 27-31.

14. Брежнева О.В., Субботин Д.В., Брежнева О. Актуальные проблемы обязательного медицинского страхования в России // Modern Science. - 2021. - № 12-3. С. 43-45.

15. Вильгоненко И.М., Анучкина А.Д. Проблемы оказания платных медицинских услуг государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения // Вестник Омского Университета. Серия «Право». - 2018 - № 3 (56). - С. 112-115.

16. Головань С.А., Десятниченко К.В., Шмакова А.Н. Реформирование системы обязательного медицинского страхования в России // The Scientific Heritage. - 2021. - № 72-3 (72). - С. 35-41.

17. Гуляев П.В. О совершенствовании систем управления финансами в сфере обязательного медицинского страхования // Вопросы управления. 2020. -№ 3. -С. 100-106.

18. Доан Т.М. Особенности национальных систем медицинского страхования // Тренды развития современного общества: управленческие, правовые, экономические и социальные аспекты. - 2021. - №5. - С. 281-286.

19. Доан Т.М., Плотников В.А. Особенности развития медицинского страхования в условиях пандемии // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. - 2021. - № 5 (131). - С. 54-59.

20. Ескалиев А.Р., Глушкова Н.Е., Кауышева А.А., Наурызбаева А.А., Кырыкбаева С.С. Рынок медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования: современное состояние, возможности и риски медицинских организаций // Наука и Здравоохранение. - 2021. - № 4. - С. 180-189.

21. Ибрагимова И.И. Современное состояние развития добровольного медицинского страхования в Российской Федерации // Индустриальная экономика. - 2021. - № 5. - С. 186-192.

22. Кадыров Ф.Н. Оценка причин и последствий масштабных изменений в нормативно-правовом регулировании системы обязательного медицинского страхования в 2021 году : аналит. доклад / Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В., Базарова И.Н., Чилилов А.М. – М. : ЦНИИОИЗ, 2021. - 81 с.

23. Козлова В.Д., Старцева С.В. Проблемы реализации и защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. - 2021. - № 12-2 (63). - С. 202-204.

24. Лапина Е.А., Тенсина А. В. К вопросу об определении критериев отбора и получения высокотехнологичной медицинской помощи // Страховая медицина: правовые проблемы теории и практики в условиях пандемии: сборник научных статей, докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - 2020. - №5. - С. 48.

25. Логвинова И.Л. Функции страховых медицинских организаций системы обязательного медицинского страхования // Трансформация страховой индустрии для устойчивого развития в новых условиях. - 2021. - №4. - С. 335-341.

26. Лукьянцева Д. В., Татаринов А. П., Мельникова Л. С. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт // Медицинские технологии. Оценка и выбор.. – 2017. - №2. - С.25 - 26

27. Мазаева М. В. Страхование: учеб. Пособие для вузов / М. В. Мазаева. М.: Издательство Юрайт, 2019. - 136 с.

28. Миропольская Н. В. Основы социального страхования: учеб. Пособие для СПО / Н. В. Миропольская, Л. М. Сафина. 2-е изд., испр. И доп. М. : Издательство Юрайт, 2019. - 149 с.

29. Непомнящих Д.В. Российская модель обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы // Вестник современных исследований. -2021.- № 7-1. - С. 18 - 21.

30. Ожев М.К., Хотова И.Р. Комплексная оценка эффективности организации обязательного медицинского страхования // Научный альманах.- 2020. -№ 11-1.- С. 442- 445.

31. Пешкина Г.А. Роль обязательного медицинского страхования в финансировании системы здравоохранения Российской Федерации // Наукосфера. - 2021. - № 11-2. - С. 194-200.

32. Рябичева О.И. Добровольное медицинское страхование в России: проблемы и перспективы развития // Журнал прикладных исследований. - 2021. - № 6. - С. 996-1004.

33. Сандакова Н.Ю., Колмакова В.В. Анализ современного состояния системы здравоохранения в условиях реформирования // Социально-экономическое развитие России и Монголии: проблемы и перспективы. - 2020. - №4. - С. 208–214.

34. Скамай Л. Г. Страхование: учебник и практикум для прикладного бакалавриата / Л. Г. Скамай. 4-е изд., перераб. И доп. М. : Издательство Юрайт, 2019. – 322 с.

35. Тресков В.И. ОМС - ваша гарантия на медицинскую помощь // Журнал Библиотечка «Российской газеты». - 2017. - №3. - С. 61

36. Туманова А. С., Пустовалова И. Н. Проблемные аспекты реализации законодательства об обязательном медицинском страховании // Инновации. Наука. Образование. - 2022. - № 49. - С. 886-891.

37. Шуман П.Ю., Плутницкий А.Н. Проблемные вопросы частных и государственных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования // Health and Social Care Journal. - 2021. - № 1 (11). - С. 43-48.

38. Visitors from the European Economic Area (EEA) or Switzerland (англ.). / NHS (14 August 2018) - Режим доступа: https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/visitors-from-eu-countries-norwayiceland-liechtenstein-or-switzerland (дата обращения: 15.02.2022).

39. Официальный сайт АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». URL: https://www.sogaz-med.ru/ (дата обращения: 11.01.2022).

40. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов. Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов 2021. URL: https://docs.cntd.ru/document/564041496 (12.01.2022).

41. Минфин России. Статистика. Бюджеты субъектов Российской Федерации. URL: https://minfin.gov.ru/ru/statistics/subbud/ (Дата обращения 31.01.2022)

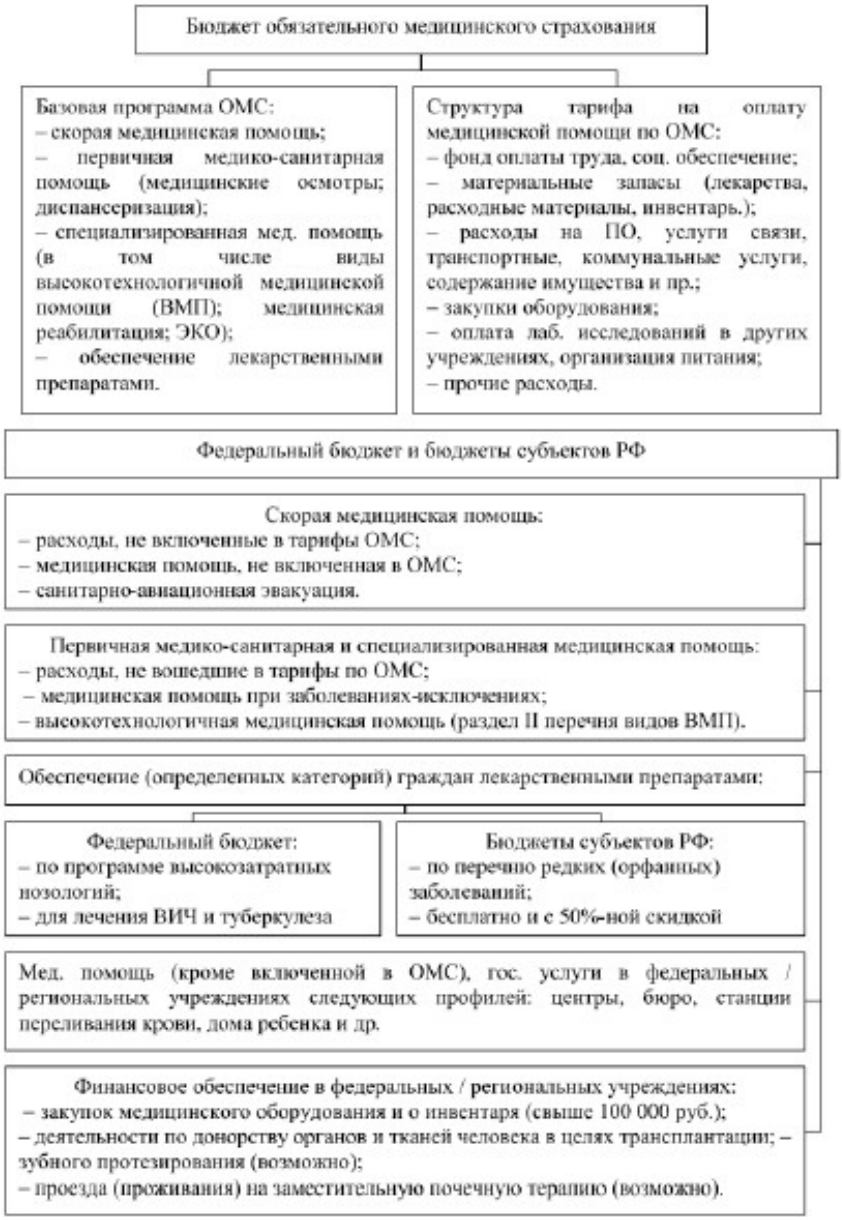
42. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении: «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва. 2020. URL:

http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/covid19cniioiz.pdf (дата обращения: 26.01.2022).

43. Официальный интернет-порта Правительства Московской области https://mosreg.ru/sobytiya/karty/chastnye-klinikirabotayushie-v-sisteme-oms-podmoskovya-karta (Дата обращения: 08.12.2021)

Приложение 1

Распределение затрат по видам затрат и источникам финансирования в системе бюджетно-страхового финансирования



Приложение 2

Согласовано
Министр здравоохранения Калининградской области

_____
Ф.И.О.

ОТЧЕТ
о деятельности Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области
«Краснознаменская центральная районная больница»
(наименование государственного бюджетного учреждения)
за 2020 год <*>

1. Общие сведения об учреждении	
1.1.	Исчерпывающий перечень видов деятельности (с указанием основных видов деятельности и иных видов деятельности, не являющихся основными), которые учреждение вправе осуществлять в соответствии с его учредительными документами
	Основные виды деятельности: Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи, операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике. Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью: педиатрии; терапии. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гериатрии; дерматовенерологии; детской хирургии; инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения общественному здоровью: оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии, стоматологии детской; стоматологии общей практики; ультразвуковой диагностике; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии. Оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); педиатрии, сестринскому делу; терапии; хирургии. При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии; диетологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; операционному делу, организации сестринского дела; психиатрии-наркологии, сестринскому делу; педиатрии; терапии; трансфузиологии; функциональной диагностике; хирургии. Оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: медицинской статистике; скорой медицинской помощи. Оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: онкологии сестринскому делу. Оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по сестринскому делу, терапии по адресу: **238730, Калининградская область, г. Краснознаменск, ул. Калининградская, д. 3.** Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; лечебному делу по адресу: **238742, Калининградская область. Краснознаменский район, пос. Весново, ул. Гусева, д. 127**. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу по адресу **238730, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Острогожское, ул. Краснознаменская, д. 21 а**. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу по адресу **238740, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Узловое, ул. Светлая, д. 2**. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу по адресу **238731, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Садовое, ул. Молодежная, д . 2 б**. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу по адресу **238735, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Победино, ул. Тихая, д. 1**. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу по адресу **238744, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Новоуральское, ул Новая д. 9**. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу по адресу **238744, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Тимофеево, ул. Садовая, Д. 5 а**. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу по адресу **238734,**

	Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Правдино, ул. Молодежная, д. 5. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу; сестринскому делу по адресу **238733, Калининградская область. Краснознаменский район, пос. Неманское, ул. Советская д. 37.** Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу; сестринскому делу по адресу **238730, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Заречное, ул. Центральная, д. 21 а.** Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу по адресу **238740, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Толстово, д. 21-4**. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии, функциональной диагностике. Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи; педиатрии; терапии. Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ультразвуковой диагностике. Проведение медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности **238743, Калининградская область, Краснознаменский район, пос. Добровольск, ул. Советская, д. 15**		
	Иные виды деятельности: Проведение медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим. При проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). Проведение медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности по адресу: 238730, Калининградская область, г. Краснознаменск, ул. Калининградская, д. 3		
1.2.	Перечень услуг (работ), которые оказываются потребителям за плату в случаях, предусмотренных нормативными правовыми (правовыми) актами с указанием потребителей указанных услуг (работ)		
	Приложение № 1 к отчету (на трех листах)		
1.3.	Перечень разрешительных документов	Номер и даты выдачи	Срок действия
	Свидетельство о государственной регистрации учреждения	№ 1023901957970 от 03.12.2002	-
	Решение учредителя о создании учреждения	Приказ № 416 от 12.12.2011 года	бессрочно
	Лицензия	№ ЛО-39-01-002336 от 18.08.2020	бессрочно

1.5.	Средняя заработная плата сотрудников учреждения	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	Всего по учреждению	**31 104,56**	**34 315,20**
	Врачей	**65 326,11**	**73 281,51**
	Среднего медицинского персонала	**33 043,93**	**36 367,56**
	Младшего медицинского персонала	**23 178,57**	**23 516,67**
	Прочего персонала (кроме АУП)	**17 120,00**	**18 407,48**
	Административно-управленческого персонала	**34 268,10**	**35 622,96**

2. Результат деятельности учреждения				
2.1.	Изменение стоимости активов	Предыдущий год	Отчетный год	Изменение %
	Балансовая стоимость нефинансовых активов	74 548 112,27	87 950 642,22	+ 17 %
	Остаточная стоимость нефинансовых активов	21 824 629,55	25 851 685,28	+ 18 %
2.2.	Сведения о наличии задолженности	Предыдущий год	Отчетный год	Изменение %
	Сумма дебиторской задолженности	**2 382 525,99**	**1 461 300,95**	**-39 %**
	в т.ч. нереальной к взысканию	**0,00**	**0,00**	**0**
	Сумма кредиторской задолженности	**65 463 837,58**	**75 414 856,88**	**+ 15 %**
	в т.ч. просроченной	**0,00**	**0,00**	**0 %**
2.3.	Общая сумма выставленных требований в возмещение ущерба по недостачам и хищениям материальных ценностей, денежных средств, а также от порчи материальных ценностей			**0,00**
2.4.	Суммы доходов, полученных учреждением от оказания платных услуг (выполнения работ)			**5 697 085,18**
2.5.	Общее количество потребителей, воспользовавшихся услугами (работами) учреждения			**38 416**
	в том числе платными для потребителей			**1 232**
2.6.	Количество жалоб потребителей и принятые по результатам их рассмотрения меры			**27**
	Все жалобы рассмотрены, причины устранены			

3. Об использовании имущества, закрепленного за учреждением

3.1.	Общая балансовая (остаточная) стоимость недвижимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	18 763 384,70 (9 183 018,44)	**18 763 384,70 (8 967 301,88)**
3.2.	Общая балансовая (остаточная) стоимость недвижимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления, и переданного в аренду	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	123 200,72 (60 295,82)	**123 200,72 (59 089,90)**
3.3.	Общая балансовая (остаточная) стоимость недвижимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления, и переданного в безвозмездное пользование	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	0,00	**0,00**
3.4.	Общая балансовая (остаточная) стоимость движимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	45 244 833,40 (12 641 611,11)	**50 406 283,48 (16 884 383,40)**
3.5.	Общая площадь объектов недвижимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	3 716,10	**3 716,10**
3.6.	Общая площадь объектов недвижимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления, и переданного в аренду	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	24,4	**24,4**
3.7.	Общая площадь объектов недвижимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления, и переданного в безвозмездное пользование	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	0,00	**0,00**
3.8.	Количество объектов недвижимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	23	**23**

3.9.	Объем средств, полученных в отчетном году от распоряжения в установленном порядке имуществом, находящимся у учреждения на праве оперативного управления	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	16 468,00	**91 364,00**
3.10.	Общая балансовая (остаточная) стоимость недвижимого имущества, приобретенного учреждением в отчетном году за счет средств, выделенных органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, учреждению на указанные цели	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	0,00	**0,00**
3.11.	Общая балансовая (остаточная) стоимость недвижимого имущества, приобретенного учреждением в отчетном году за счет доходов, полученных от платных услуг и иной приносящей доход деятельности	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	0,00	**0,00**
3.12.	Общая балансовая (остаточная) стоимость особо ценного движимого имущества, находящегося у учреждения на праве оперативного управления	
	На начало отчетного года	На конец отчетного года
	33 054 586,50 (8 891 423,90)	**37 158 205,98 (12 172 810,80)**

Наименование показателя	**План**	**Исполнено**
Планируемый остаток средств на начало планируемого года*	**7 207 793,49**	**7 207 793,49**
Поступления, всего, в том числе:	**79 577 671,35**	**79 577 671,35**
Субсидии на выполнение государственного задания	1 248 952,28	1 248 952,28
Целевые субсидии	8 427 616,75	8 427 616,75
Целевые субсидии (возврат)	67 000,00	67 000,00
Бюджетные инвестиции	0,00	0,00
Поступления от оказания учреждением услуг (выполнения работ), относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности (бюджет)	0,00	0,00
Услуга (работа) № 1	0,00	0,00

Услуга (работа) № 2	0,00	0,00
Поступления от оказания учреждением услуг (выполнения работ), относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности (ОМС)	63 695 449,59	63 695 449,59
Услуга (работа) № 1 (ОМС)	61 870 136,82	61 870 136,82
Услуга (работа) № 2 (нормированный запас)	1 825 312,77	1 825 312,77
Поступления от оказания учреждением услуг (выполнения работ), относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности (платные услуги)	6 205 652,73	6 205 652,73
Услуга (работа) № 1 (платные услуги)	5 697 085,18	5 697 085,18
Услуга (работа) № 2 (родовые сертификаты)	363 000,00	363 000,00
Штрафы, пени, неустойки,возмещения ущерба	54 203,55	54 203,55
Поступления от реализации ценных бумаг	0,00	0,00
Поступления от иной приносящей доход деятельности (аренда, штрафные санкции)	91 364,00	91 364,00
Планируемый остаток средств на конец планируемого года	**2 955 563,61**	**2 955 563,61**

Показатели по расходам (выплатам) учреждения

КОСГУ	Наименование показателя	Всего по плану	в том числе				Всего фактически	в том числе			
			КФО 2	КФО 4	КФО 5	КФО 7		КФО 2	КФО 4	КФО 5	КФО 7
	Расходы (выплаты), всего: в том числе:	**83 829 901,23**	**6 028 613,55**	**710 205,81**	**9 188 077,54**	**67 903 004,33**	**83 829 901,23**	**6 028 613,55**	**710 205,81**	**9 188 077,54**	**67 903 004,33**

210	оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	**57 100 423,07**	4 169 541,45	526 555,81	1 180 084,25	51 224 241,56	**57 100 423,07**	4 169 541,45	526 555,81	1 180 084,25	51 224 241,56
221	услуги связи	**643 629,90**	47 638,81	0,00	0,00	555 991,09	**643 629,90**	47 638,81	0,00	0,00	555 991,09
222	транспортные услуги	**14 400,00**	0,00	0,00	0,00	14 400,00	**14 400,00**	0,00	0,00	0,00	14 400,00
223	коммунальные услуги	**1 838 791,19**	0,00	00,00	0,00	1 838 791,19	**1 838 791,19**	0,00	00,00	0,00	1 838 791,19
224	арендная плата за пользование имуществом	**8 779,68**	0,00	0,00	0,00	8 779,68	**8 779,68**	0,00	0,00	0,00	8 779,68
225	услуги по содержанию имущества	**3 586 574,61**	360 937,60	0,00	1 637 837,00	1 587 800,01	**3 586 574,61**	360 937,60	0,00	1 637 837,00	1 587 800,01
226	прочие услуги	**2 861 623,13**	794 886,50	183 650,00	0,00	1 883 086,63	**2 861 623,13**	794 886,50	183 650,00	0,00	1 883 086,63
227	расчеты по страхованию	**15 644,27**	0,00	0,00	0,00	15 644,27	**15 644,27**	0,00	0,00	0,00	15 644,27
262	пособия по социальной помощи населению	**0,00**	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	0,00	0,00
290	прочие расходы	**193 943,94**	99 151,61	0,00	0,00	94 792,33	**193 943,94**	99 151,61	0,00	0,00	94 792,33
310	увеличение стоимости основных средств	**8 144 647,58**	457 524,00	0,00	5 484 623,58	2 202 500,00	**8 144 647,58**	457 524,00	0,00	5 484 623,58	2 202 500,00
	увеличение стоимости нематериальных активов	**0,00**	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	0,00	0,00
340	увеличение стоимости материальных запасов	**9 410 725,70**	98 933,58	0,00	885 532,71	8 426 259,41	**9 410 725,70**	98 933,58	0,00	885 532,71	8 426 259,41

	приобретение ценных бумаг	**0,00**	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	0,00	0,00
212	иные выплаты	**10 718,16**	0,00	0,00	0,00	10 718,16	**10 718,16**	0,00	0,00	0,00	10 718,16
	Остаток средств на конец планируемого года**	**2 955 563,61**	**595 709,62**	**538 746,47**	**1 071 697,61**	**749 409,91**	**2 955 563,61**	**595 709,62**	**538 746,47**	**1 071 697,61**	**749 409,91**

Справочно:

Объем публичных обязательств, всего:	**0,00**

Руководитель учреждения	«___» _____ 2021 г	(подпись) _____ (Сивец И.Н.)
Руководитель финансово экономической службы	«___» _____ 2021 г	(подпись) _____ (Моцык О.Г.)
Ответственный исполнитель	«___» _____ 2021 г	(подпись) _____ (Моцык О.Г.)