

Министерство образования и науки Российской Федерации
федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Институт электронного обучения
Специальность 38.03.01 «Экономика»
Кафедра экономики

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

Тема работы
ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ УДК <u>368.9.08:658.14</u>

Студент

Группа	ФИО	Подпись	Дата
3-ЗБ2Б2	Левченко Айгуль Габдельбаровна		

Руководитель

Должность	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
Доцент кафедры экономики	Корнева Ольга Юрьевна	кандидат экономических наук		

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ:

Зав. кафедрой	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
Заведующий кафедрой экономики	Барышева Галина Анзельмовна	доктор экономических наук		

Томск – 2017 г.

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПО ООП

Код результата	Результат обучения (выпускник должен быть готов)	Требования ФГОС, критериев и/или заинтересованных сторон
<i>Универсальные компетенции</i>		
Р1	Осуществлять коммуникации в профессиональной сфере и в обществе в целом в том числе на иностранном языке разрабатывать документацию, презентовать и защищать результаты комплексной экономической деятельности.	Требования ФГОС (ОК-14; ПК-9; 11)
Р2	Эффективно работать индивидуально, в качестве <i>члена команды</i> , состоящей из специалистов различных направлений и квалификаций, с делением ответственности и полномочий за результаты работы и готовность <i>следовать корпоративной культуре</i> организации	Требования ФГОС (ПК-11; ОК- 1,7,8)
Р3	Легко адаптировать <i>знания</i> правовых, социальных, этических и культурных аспектов хозяйственной деятельности, осведомленность в вопросах охраны здоровья и безопасности жизнедеятельности.	Требования ФГОС (ОК-2;3;16; 15)
Р4	<i>Самостоятельно учиться</i> и непрерывно <i>повышать квалификацию</i> в течение всего периода профессиональной деятельности	Требования ФГОС (ОК-2: 9, 10, 11) Критерий 5 АИОР (2.6), согласованный с требованиями межвузовских стандартов <i>EUR- ACE</i> и <i>FEANI</i>
Р5	Активно пользоваться основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки информации навыками работы с компьютером как средством управления информацией, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях	Требования ФГОС (ОК -13; ПК- 1,3,5,10)
<i>Профессиональные компетенции</i>		
Р6	Применять знания математических дисциплин, статистики, бухгалтерского учета и анализа для подготовки исходных данных и проведения расчетов экономических и социально-экономических показателей, характеризующих деятельность хозяйствующих субъектов на основе типовых методик с учетом действующей нормативно-правовой базы;	Требования ФГОС (ПК-1, ПК-2: ПК-3:4:5 ПК-7; ОК-5; ОК-4; ОК11,13)
Р7	принимать участие в выработке и реализации для конкретного предприятия рациональной системы организации учета и отчетности на основе выбора эффективной учетной политики, базирующейся на соблюдении действующего законодательства, требований межвузовских стандартов и принципах укрепления экономики хозяйствующего субъекта;	Требования ФГОС ПК-5; ПК-7; ОК-5,8
Р8	Применять глубокие знания основ функционирования экономической системы на разных уровнях, истории экономики и экономической науки для анализа социально-значимых проблем и процессов, происходящих в обществе, и прогнозировать возможное их развитие в будущем	Требования ФГОС ОК-3,4; ПК- 4,6,8,14,15);
Р9	Строить стандартные теоретические и эконометрические модели исследуемых процессов, явлений и объектов, относящихся к области профессиональной деятельности, прогнозировать, анализировать и интерпретировать полученные результаты с целью принятия эффективных решений.	Требования ФГОС ПК-6; ПК-5; ПК-7; ПК-13;; ПК-8;
Р10	На основе аналитической обработки учетной, статистической и отчетной информации готовить информационные обзоры, аналитические отчеты, в соответствии с поставленной задачей, давать оценку и интерпретацию полученных результатов и обосновывать управленческие решения.	Требования ФГОС ПК-4; ПК-5 ПК-7:8 ПК-10: ПК-13; ПК-5 ОК-1;2;3; ОК-6; ОК-13
Р11	Внедрять современные методы бухгалтерского учета, анализа и аудита на основе знания информационных технологий, международных стандартов учета и финансовой отчетности	Требования ФГОС ПК-10;12 ОК-12
Р12	осуществлять преобразование экономических дисциплин в общеобразовательных учреждениях, образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального и дополнительного профессионального образования.	Требования ФГОС ПК-14; ПК- 15;ОК-2;
Р13	Принимать участие в разработке проектных решений в области профессиональной и инновационной деятельности предприятий и организаций, подготовке предложений и мероприятий по реализации разработанных проектов и программ с учетом критериев социально-экономической эффективности, рисков и возможных социально-экономических последствий	Требования ФГОС (ПК-3,4,7; 11 ;12;13ОК-1,7, 8)
Р14	Проводить теоретические и прикладные исследования в области современных достижений экономической науки в России и за рубежом, ориентированные на достижение практического результата в условиях инновационной модели российской экономики	Требования ФГОС ПК-4,9
Р15	организовывать операционную (производственную) и коммерческую деятельность предприятия, осуществлять комплексный анализ его финансово - хозяйственной деятельности использовать полученные результаты для обеспечения принятия оптимальных управленческих решений и повышения эффективности.	Требования ФГОС (ОК - 7, 8, 12, 13: ПК - 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,10, 11, 13)

Министерство образования и науки Российской Федерации
 федеральное государственное автономное образовательное учреждение
 высшего образования
**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
 ТОМСКИЙ ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Институт электронного обучения
 Специальность 38.03.01 «Экономика»
 Кафедра экономики

УТВЕРЖДАЮ
 Зав. кафедрой экономики
 Барышева Г.А.

« ___ » _____ 2017 г.

ЗАДАНИЕ
 на выполнение выпускной квалификационной работы

В форме:

бакалаврской работы

(бакалаврской работы, дипломного проекта/работы, магистерской диссертации)

Студенту:

Группа	ФИО
3-ЗБ2Б2	Левченко Айгуль Габдельбаровна

Тема работы:

ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Утверждена приказом директора (дата, номер)	№ 2811/с от 20.04.2017г.
---	--------------------------

Срок сдачи студентом выполненной работы:	02.05.2017
--	------------

ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

<p>Исходные данные к работе <i>(наименование объекта исследования или проектирования; производительность или нагрузка; режим работы (непрерывный, периодический, циклический и т. д.); вид сырья или материал изделия; требования к продукту, изделию или процессу; особые требования к особенностям функционирования (эксплуатации) объекта или изделия в плане безопасности эксплуатации, влияния на окружающую среду, энергозатратам; экономический анализ и т. д.).</i></p>	<p>Объект исследования: ГБУЗ «Городская поликлиника №66 ДЗМ». Законодательные и правовые акты РФ, публикации в периодической печати и сети Интернет, официальный веб-сайт учреждения, отчет по преддипломной практике.</p>
<p>Перечень подлежащих исследованию, проектированию и разработке вопросов <i>(аналитический обзор по литературным источникам с целью выяснения достижений мировой науки техники в рассматриваемой области; постановка задачи исследования, проектирования, конструирования содержание процедуры исследования, проектирования, конструирования; обсуждение результатов выполненной работы; наименование дополнительных разделов, подлежащих разработке; заключение по работе).</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Экономическое содержание и принципы организации медицинского страхования 2. Основы функционирования системы ОМС 3. Опыт организации страховой медицины. 4. Система ОМС в России на примере ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ». 5. Проблемы системы финансирования ОМС. 6. Концепция развития системы ОМС и ее финансовая устойчивость.

Перечень графического материала (с точным указанием обязательных чертежей)	Таблицы и рисунки
Консультанты по разделам выпускной квалификационной работы (с указанием разделов)	
Раздел	Консультант
Социальная ответственность	Феденкова А.С., старший преподаватель кафедры менеджмента
Названия разделов, которые должны быть написаны на русском и иностранном языках:	
Введение 1. Экономическое содержание и принципы организации медицинского страхования 2. Опыт организации страховой медицины 3. Направление комплексного развития системы обязательного медицинского страхования в России 4. Социальная ответственность в ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» Заключение	

Дата выдачи задания на выполнение выпускной квалификационной работы по линейному графику	
---	--

Задание выдал руководитель

Должность	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
Доцент кафедры экономики	Корнева Ольга Юрьевна	кандидат экономических наук		

Задание принял к исполнению студент:

Группа	ФИО	Подпись	Дата
3-ЗБ2Б2	Левченко Айгуль Габдельбаровна		

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 93 с., 2 рис., 12 табл., 39 источников, 1 прил.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское страхование, медицинские услуги.

Объектом исследования выпускной квалификационной работы является система медицинского страхования.

Предмет: финансирование системы медицинского страхования.

Цель работы - оценка финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования в России.

В результате исследования были выделены основы функционирования системы обязательного медицинского страхования; изучены принципы системы медицинского страхования за рубежом; проанализирована система обязательного медицинского страхования в России, ее качество и доступность, на примере ГБУЗ «Городская поликлиника №66 ДЗМ»; выделены основные проблемы системы финансирования ОМС, предложены варианты развития системы ОМС и ее финансовой устойчивости.

Обозначения и сокращения

В работе используются следующие обозначения и сокращения:

ОМС – обязательное медицинское страхование

СМО - страховые медицинские организации

ДМС - добровольного медицинского страхования

МП – медицинская помощь

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Оглавление

Введение.....	8
1 Экономическое содержание и принципы организации медицинского страхования.....	11
1.1 Эволюция социальной практики обязательного медицинского страхования в России.....	11
1.2 Основы функционирования системы обязательного медицинского страхования.....	16
1.3 Страхование и финансовое обеспечение расходов на здравоохранение ..	21
2 Опыт организации страховой медицины	29
2.1 Принципы системы медицинского страхования за рубежом	29
2.2 Развитие системы обязательного медицинского страхования в России....	34
2.2.1 Характеристика деятельности ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ».....	34
2.2.2 Детское отделение ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ».....	38
2.2.3 Анализ финансового состояния предприятия	43
2.3 Качество и доступность медико-страхового обслуживания	47
3 Направление комплексного развития системы обязательного медицинского страхования в России.....	58
3.1 Основные проблемы системы финансирования обязательного медицинского страхования	58
3.2 Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации	65
3.3 Направления развития системы ОМС и ее финансовая устойчивость	70
4 Социальная ответственность в ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ».....	77
Заключение	85
Список использованных источников	88
Приложение А – Структура ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ»	93

Введение

Современное российское общество развивается за счет экономических, организационных и функциональных изменений во всех сферах жизни, в том числе в системе медицинского страхования. Развитие цивилизованного рынка медицинских услуг, устойчивое рациональное использование его ресурсов влияют на интересы каждого человека. Главной целью модернизации российского здравоохранения является доступность и повышение качества медицинской помощи населению. Система обязательного медицинского страхования (ОМС) играет сегодня ключевую роль в решении этой задачи. В Российской Федерации в настоящее время эта система находится на этапе становления.

Актуальность темы исследования заключается в необходимости совершенствования системы ОМС в условиях рыночной экономики, оптимизация расходов на обеспечение здравоохранения, повышение качественных и количественных показателей, при этом в условиях соответствия доступности и справедливости оказания услуг.

Проблема финансирования здравоохранения заключается в необходимости организации доступности услуг здравоохранения для максимального числа граждан, включая социально-незащищенные слои населения, а также формирование финансовых ресурсов на их организацию и предоставление. Одним из вариантов решения этой проблемы является обязательное медицинское страхование, которое обеспечивает основной объем финансов системы здравоохранения в стране.

Медицинское страхование – форма социальной защиты общественных интересов в здравоохранении, целью которого является гарантия гражданам, при наступлении страхового случая, получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий.

При платной медицине этот вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинское обслуживание, при бесплатной медицине является дополнительным источником финансирования.

Обязательное медицинское страхование является одной из форм социальной защиты граждан и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения.

Объект исследования – система обязательного медицинского страхования в России.

Предмет исследования – финансовая устойчивость медицинского страхования в России.

Целью ВКР – анализ системы обязательного медицинского страхования в России, ее социальная эффективность и финансовая устойчивость.

Для достижения цели определены следующие задачи:

- раскрыть эволюцию социальной практики обязательного медицинского страхования в России;
- выделить основы функционирования системы обязательного медицинского страхования;
- определить страхование и финансовое обеспечение расходов на здравоохранение;
- раскрыть принципы системы медицинского страхования за рубежом;
- оценить систему обязательного медицинского страхования в России;
- оценить качество и доступность медико-страхового обслуживания в системе ОМС;
- выделить основные проблемы системы финансирования обязательного медицинского страхования;

- раскрыть основы концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации;
- предложить способы развития системы ОМС и ее финансовой устойчивости.

При написании данной работы применялись как общенаучные методы (синтез, анализ, дедукция), так и специфические (описательный, сравнительный, анализ документов анкетирования).

Источники информации:

- нормативные: Конституция РФ, ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и другие;
- литературные: монографии и статьи авторов Н.Л. Антоновой, П.Р. Беккера, С.В. Жучкова, О.С. Завершинской, М.Л. Королевой, В.И Стародубова, Т.Н. Обущенко и других;
- учетные: данные внутренних учетных документов ГБУЗ «Городская поликлиника №66 департамента здравоохранения города Москвы».

1 Экономическое содержание и принципы организации медицинского страхования

1.1 Эволюция социальной практики обязательного медицинского страхования в России

Возникновение обязательного медицинского страхования в России имеет глубокие исторические корни и начинается с обеспечения минимальной социальной защиты широких масс населения: неимущих крепостных и полукрепостных жителей, и обусловлено формированием и развитием обязательной благотворительной системы церковного и государственного призрения¹.

Основой для формирования больничной помощи населению послужила церковная и государственная система призрения. Финансирование такой системы происходило за счет благотворительности населения, бояр, церкви. Первые доказательства постоянных государственных расходов на цели социального призрения, включая медицинское обслуживание населения, отмечаются лишь в конце XVII века.

Система призрения от столетия к столетию развивалась. Количество больниц, богоделен, воспитательных и смирительных домов увеличивалось. Но кардинальных изменений, ведущих к ее улучшению и переводу на новый качественный уровень, не произошло. Лишь реформы конца XVII века, проводимые Екатериной II, существенно затронули существующую на тот момент систему.

В 1775 году для управления местным благоустройством было создано специальное государственное учреждение социальной защиты населения – всесословный «Приказ общественного призрения для дел призрения и народного образования», который представлял собой управляемую государством административную канцелярию².

¹ Антонова Н.Л. Становление практики обязательного медицинского страхования в России: проблемы и противоречия // Научные проблемы гуманитарных исследований. Пятигорск: ИРППГ, 2011. №2. С.230-235

² Завершинская О.С. Исторические аспекты развития обязательного медицинского страхования в России // Сборник трудов конференции Инновации в формировании конкурентоспособного сельскохозяйственного производства. Оренбург: ОГАУ, 2011. № 5. С.64-66.

Медицинское обслуживание населения России до 1860 года осуществлялось медицинскими учреждениями, в основном подчиненными Министерству внутренних дел, в том числе Приказу общественного призрения и в какой-то мере Министерству государственного имущества.

Финансирование Приказов общественного призрения происходило от производственных учреждений, разовых пожертвований, отчислений за различные операции: торговые, транспортные, нотариальные, а также платы за лечение. Месячная плата за лечение в больницах Приказа общественного призрения колебалась от 4 руб. 30 коп. до 7 руб. 95 коп. в месяц, а в день - от 12,5 коп. до 26,5 коп. Это содержание взыскивалось с лиц «гражданского ведомства».

Кроме этого, на погребение умершего отпускалось от 54,25 коп. до 1 руб. 15 коп. серебром. В приюте Покровской общины сестер милосердия содержание детей в отделении для приходящих стоило 60 руб. в год или 10 руб. в месяц за ребенка. Средняя цена лекарства по рецепту составляла 40-50 коп. Доступность медицинской помощи для простого люда значительно ограничивалось наличием платы за лечение³.

В конце XIX века произошла значительная трансформация организационной структуры и источников финансирования Приказов общественного призрения, которые были переданы на государственное содержание.

На службе Министерства внутренних дел находились: в 1856 году – 1134 врача, а в 1863 году – 2135 врачей, из них 800 медиков практиковали в столицах. Значительные различия существовали в обеспеченности врачами и аптеками населения в губерниях России. 23 июня 1912 года принимается «Закон и Положение о страховании рабочих от несчастных случаев», 45-я статья которого обязывала работодателей предоставлять рабочим медицинскую помощь: амбулаторное лечение и помощь при внезапных

³Беккер П.Р. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России, проблемы и перспективы // Экономика и менеджмент: актуальные вопросы теории и практики. Н. Новгород: ННГАСУ, 2015. С.27-33

заболеваниях и несчастных случаях, как в фабричных лечебницах, так и в других медицинских учреждениях.

Образовалась новая, не типичная для обязательного страхования организационная структура – больничная касса, то есть страховая организация. Появление страховых организаций определило создание первых в России органов страхового надзора, которым являлся Совет по делам страхования рабочих. Совет состоял из 26 членов, в том числе 5 представителей- рабочих, членов больничных касс; 14 крупных чиновников; 5 представителей -предпринимателей; 2 представителя земства и Думы⁴.

С созданием советского правительства произошло радикальное реформирование системы обязательного государственного медико-социального страхования. В ноябре 1917 года советом Народных Комиссаров РСФСР был издан декрет «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений, предприятий или, в случае отсутствия таковых, о выдаче денежных сумм на их оборудование», что означало переход от ранее существующей фабричной медицины к государственному массовому обязательному страхованию наемных рабочих России.

В 20-30-е годы XX века система социального страхования в России достигла пика своего развития и была практически на уровне других развитых стран, опережая США и Японию, где еще не было социального страхования. В 1927 году средства социального страхования составляли в национальном доходе: В СССР – 4,5%; в Германии – 7,5%, в Великобритании – 3,75%.

Но в 1929 году, в результате политики полной централизации контроля над национальной экономикой, рабочая страховая медицина, как самостоятельная система обязательного медицинского страхования в период НЭП была, по сути, вновь упразднена. По причине этого здравоохранение

⁴Завершинская О.С. Исторические аспекты развития обязательного медицинского страхования в России // Сборник трудов конференции Инновации в формировании конкурентоспособного сельскохозяйственного производства. Оренбург: ОГАУ, 2011. № 5. С.64-66.

лишилось важного, существенного и дополнительного, а порой и основного источника финансирования⁵.

В стране до 1991 года действовала государственная система здравоохранения и обязательного медицинского страхования населения. Вначале своего развития государственная система здравоохранения достигла высоких показателей обеспечения населения медицинской помощью, но к 1985 году, не обеспечив переход на качественные показатели, рост количественных исчерпал себя. Это и привело руководство страны к мысли о необходимости проведения кардинальных преобразований системы здравоохранения⁶.

На государственном уровне использовался остаточный принцип финансирования здравоохранения, а в медицинской отрасли использовались уравнилельное финансирование медицинских учреждений и затратный механизм потребления бюджетных средств.

Возрождение обязательного медицинского страхования в России началось благодаря принятию 28 июня 1991 года Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» № 1499-1. Согласно 1 ст. этого закона медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования – это гарантия гражданам страны при наступлении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирования профилактических мероприятий, а также повышение заинтересованности страхователя и застрахованного в повышении уровня здоровья. При платной медицине этот вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинское

⁵Козлова Е.В. Основы социального и пенсионного страхования в России: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2016. 256 с.

⁶Антонова Н.Л. Становление практики обязательного медицинского страхования в России: проблемы и противоречия // Научные проблемы гуманитарных исследований. Пятигорск: ИРПРГ, 2011. №2. С.230-235

обслуживание, при бесплатной медицине является дополнительным источником финансирования медицинских затрат⁷.

В Конституции Российской Федерации в ч. 1 ст. 41 устанавливаются обязательства государства: медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений⁸.

Гарантии распространяются на всех граждан страны независимо от пола, возраста, расы, национальности, языка, происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, наличия заболеваний, состояний и от других обстоятельств.

В России практика обязательного медицинского страхования (ОМС) может быть отнесена к довольно молодому и относительно новому для российского общества явлению. Современный этап развития начался в 1991 году, когда вышел Закон РФ «О медицинском страховании граждан»⁹.

При этом, практика ОМС имеет свою собственную историю, в которой можно выделить несколько этапов: первый этап (1861–1912 гг.) – появление добровольных сообществ взаимного страхования; второй этап (1912–1918 гг.) – оформление организационной структуры и развитие больничных касс; третий этап (1921–1929 гг.) – создание страховых фондов, совместно финансирующих систему здравоохранения; и четвертый этап (1991 г. – по настоящее время) – возрождение и внедрение практики ОМС на постсоветском пространстве.

⁷Беккер П.Р. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России, проблемы и перспективы // Экономика и менеджмент: актуальные вопросы теории и практики. Н. Новгород: ННГАСУ, 2015. С.27-33

⁸Конституция Российской Федерации / Официальный текст с учетом поправок, внесенных в 2014 г. М.: Айрис-пресс, 2017. 64с.

⁹Жучков С.В. Особенности современного состояния правового обеспечения обязательного медицинского страхования в России // Вестник РГГУ. М.: РГГУ, 2014. №15. С.69-78.

1.2 Основы функционирования системы обязательного медицинского страхования

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющее своей целью гарантировать гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия¹⁰.

При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине является дополнительным источником финансирования.

Обязательное медицинское страхование является одной из форм социальной защиты граждан и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь в гарантированном объеме и качестве при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения.

Правовой базой обязательного медицинского страхования являются:

- Конституция Российской Федерации;
- Закон РФ от 29.11.2009 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и законодательные документы, регулирующие деятельность федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158 и иные нормативно-правовые

¹⁰Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 24.07.2009) [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_90/ (дата обращения: 04.04.2017)

документы федерального и территориального уровней управления обязательного медицинского страхования¹¹.

Страховой риск, связанный с затратами на оказание диагностических, медицинских, лечебных услуг при возникновении страхового случая, является объектом медицинского страхования.

Медицинское страхование предназначено:

- для обеспечения сбалансированности потребности в медицинских услугах и доступности ресурсов;
- для обеспечения ответственности перед каждым жителем за качество и количество оказываемых медицинских услуг;
- для стимулирования развития медицинской технологии и техники;
- для повышения заинтересованности медицинского персонала в повышении качества обслуживания.

С 1 января 2011 г. вступил в силу новый закон об обязательном медицинском страховании (323-ФЗ от 29 ноября 2010 г.), вносимый существенные изменения в систему здравоохранения России¹².

Основная идея: человек становится главным элементом системы обязательного медицинского страхования. Вследствие этого закон: расширяет возможности выбора для человека, меняет роль страховой медицинской организации, вводит конкуренцию среди муниципальных и частных медицинских учреждений, изменяет механизм финансирования¹³.

1. Предоставление застрахованному лицу права выбора страховой медицинской организации, медицинского учреждения и лечащего врача.

¹¹Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017[Электронный ресурс] // Правовой сайт КонсультантПлюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/ (дата обращения: 05.04.2017)

¹²Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 03.04.2017)

¹³Архипов А. П. Социальное страхование. Здоровье, пенсии, профессиональные риски: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2015. 387 с

Новая версия закона предоставляет гражданам России право самостоятельно выбирать страховую медицинскую организацию для получения полиса ОМС. Ранее подобные договора заключались работодателями для работающего населения либо региональными властями для неработающего населения.

В итоге получалось, что у страховых компаний отсутствовала мотивация борьбы за потребителей услуг. Теперь сам человек будет решать, в какой компании ему застраховаться. При этом не допустить хаоса в формировании списка застрахованных, выбор страховой компании может осуществляться один раз в год не позднее первого ноября текущего года. Если в установленный срок кто-то не сделал выбор, то на следующий год он считается застрахованным в своей прежней страховой организации.

Защита прав застрахованных должна стать основой в отношениях с потребителями и включать такие параметры, как подбор медицинского учреждения для оказания помощи, ведение своего клиента на этапах оказания медицинской помощи, контроль хода и результата лечения. То есть если человек недоволен медицинским обслуживанием или столкнулся с фактом незаконного взимания денег, страховая компания обязана разобраться в ситуации и защитить интересы застрахованного¹⁴.

Одним из больших недостатков системы было невозможность получения медицинской помощи по полису ОМС, находясь в другом регионе. Полис не был единым для всех регионов России, и вследствие этого, медицинское учреждение не всегда имело информацию о том, будет ли оплачена медицинская помощь, оказанная иногороднему пациенту.

Полисы единого образца начали выдавать с мая 2011 года, они действуют на всей территории страны. Единая база застрахованных лиц призвана обеспечить достоверность и исключить дублирование информации

¹⁴Цыганова О.А., Ившин И.В. Медицинское страхование: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. 176 с.

о застрахованных. В дальнейшем полис ОМС будет включаться в состав универсальной карты гражданина¹⁵.

В новом законе подчеркивается право выбора пациентом конкретного медицинского учреждения и врача. Для того, чтобы закрепиться за выбранной поликлиникой нужно написать заявление на руководителя медицинского учреждения. Сделать это можно один раз в год – до первого ноября за исключением случаев изменения места жительства. Однако следует обратить внимание, что право выбора распространяется только на первичное звено: то есть пациент может выбрать поликлинику, участкового врача, врача общей практики и врача-педиатра.

2. Повышение ставок страховых взносов в фонды ОМС с 3,1% до 5,1% с целью финансирования региональных программ модернизации здравоохранения.

3. Поэтапный переход на одноканальное финансирование медицинских учреждений. До 2011 г. в большинстве регионов России из средств ОМС финансировалось лишь пять расходных статей (зарботная плата, начисления на заработную плату, медикаменты, мягкий инвентарь, питание), другие – из средств соответствующего бюджета.

Кроме того, далеко не все медицинские организации обеспечивались за счет средств ОМС даже по пяти расходным статьям. Отсутствие одноканальной системы финансирования приводило к резкому снижению самостоятельности медицинских учреждений, утрате ими стимулов к экономии ресурсов. Например, экономия по коммунальным услугам одной из бюджетных статей может быть направлена на повышение зарплаты медицинских работников только при вынесении соответствующего решения местными органами власти, в противном случае она изымается в бюджет¹⁶.

¹⁵Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 03.04.2017)

¹⁶ Архипов А. П. Социальное страхование. Здоровье, пенсии, профессиональные риски: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2015. 387 с

4. Функционирование в системе ОМС наряду с муниципальными учреждениями здравоохранения частных клиник. Для этого частным клиникам необходимо иметь право (лицензию) на осуществление медицинской деятельности и быть включенным в реестр ОМС.

Однако муниципальным и частным клиникам сложно конкурировать друг с другом. Частным клиникам невыгодно работать в ОМС, поскольку тариф включает лишь малую часть затрат, а то, что муниципальные учреждения получают из бюджета, частникам предлагают компенсировать за счет собственных средств. Подобная ситуация складывается лишь в тех регионах, где утвержден неполный тариф ОМС, и их большинство в России. Однако число регионов страны применяющих полный тариф ОМС, способный компенсировать все расходы по оказанию медицинской помощи, ежегодно растет.

Новая система ОМС, в которой смогут функционировать частные клиники и где деньги будут «идти» за пациентом, создаст почву для конкурентной среды. Конкуренция – важная составляющая реформы здравоохранения. Она может стать положительным моментом в формировании благоприятного имиджа медицинского учреждения и повышения уровня сервиса и доброжелательного отношения к пациентам¹⁷.

Одновременно с системой обязательного медицинского страхования в России существует и развивается система добровольного медицинского страхования (ДМС). Однако российской особенностью является разобщенность, несвязность ОМС и ДМС.

Добровольное медицинское страхование – это особая форма организации медицинского страхования здоровья человека, которая предоставляет гражданам России возможность полностью или хотя бы частично компенсировать расходы на медицинское обслуживание. Как правило, в современном обществе добровольное медицинское страхование применяется в дополнение к системе обязательного медицинского

¹⁷Цыганова О.А., Ившин И.В. Медицинское страхование: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. 176 с.

страхования и осуществляется за счет личных средств российских граждан, взносов работодателя и средств соответствующего бюджета¹⁸.

Финансирование осуществляется за счет средств самих застрахованных. Размер взносов устанавливается страхователями по своему усмотрению и будет разным в зависимости от типа рисков, которые обязуется взять на себя конкретный страховщик.

Стоимость полиса ДМС напрямую зависит от возраста, крепости здоровья, наличия хронических заболеваний застрахованного. А также от того комплекса услуг, которые он планирует получить в случае болезни. По договору полис может покрывать полностью или частично возможные расходы на лечение. Чем больше всего включено в стоимость полиса, тем он дороже.

1.3 Страхование и финансовое обеспечение расходов на здравоохранение

Освещение вопроса финансирования учреждений системы здравоохранения РФ имеет две особенности. Во-первых, в системе здравоохранения бесплатную медицинскую помощь оказывают государственные учреждения и частные организации. При этом доля государственных учреждений здравоохранения преобладает. Во-вторых, медицинскую помощь, оказываемую учреждениями здравоохранения, можно представить в виде трехуровневой системы.

Медицинская помощь первого уровня предоставляется в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и финансируется за счет средств фонда обязательного медицинского страхования¹⁹. Такую медицинскую помощь можно получить по полису

¹⁸Козлова Е.В. Основы социального и пенсионного страхования в России: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2016. 256 с.

¹⁹Королева М.Л. Проблемы финансирования государственных учреждений здравоохранения // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2015. №2. С.12-22.

обязательного медицинского страхования в любой медицинской организации, участвующей в системе ОМС.

Второй уровень включает расширенный перечень видов медицинской помощи, специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи, не вошедшие в базовую программу, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств соответствующего бюджета.

Гарантированную государством медицинскую помощь оказывают государственные учреждения здравоохранения, выполняющие государственное задание. Ввиду ограниченных возможностей бюджетной системы первые два уровня охватывают самые необходимые виды медицинской помощи, оказываемой гражданам бесплатно, включая жизненно необходимое лекарственное обеспечение и недорогие расходные материалы.

Третий уровень включает платную медицинскую помощь, не вошедшую в программу государственных гарантий, которую можно получить и в государственных учреждениях, и в частных медицинских организациях. Третий уровень предполагает более комфортные условия предоставления медицинской помощи, включая дорогостоящие и более качественные расходные материалы, импортные лекарственные средства.

Государственные учреждения здравоохранения финансируются из различных источников в соответствии с предоставляемыми услугами представлено на рисунке 1.

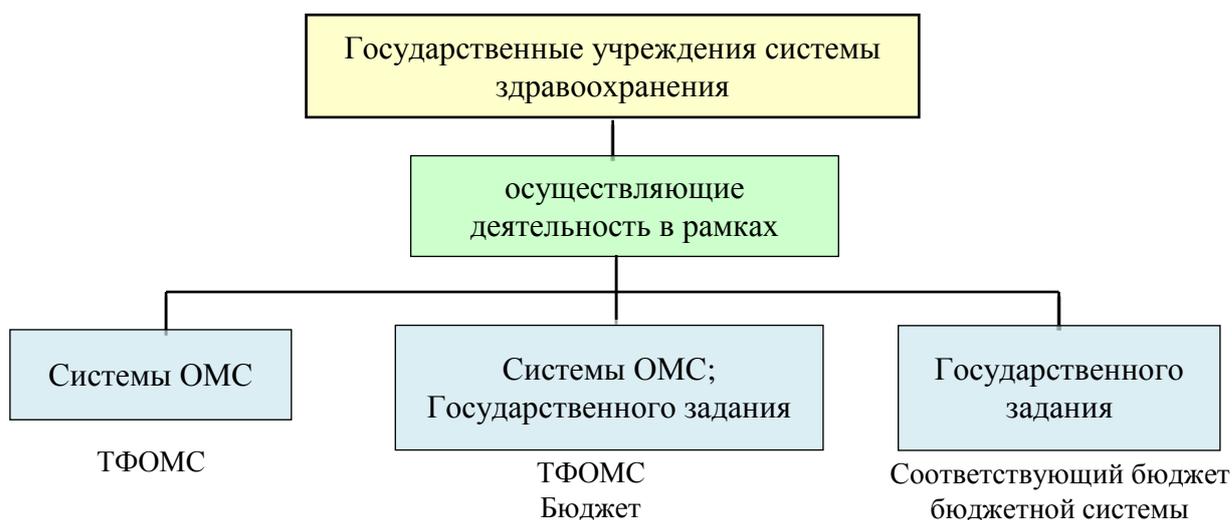


Рисунок 1 - Источники финансирования государственных учреждений системы здравоохранения²⁰

В системе ОМС участвуют территориальные фонды, страховые медицинские организации (далее СМО), медицинские организации. Основой осуществления полномочий в сфере ОМС является базовая программа обязательного медицинского страхования, являющаяся составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РФ.

Программы ежегодно разрабатываются Министерством здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом ОМС на следующий год и двухлетний плановый период и утверждаются Правительством РФ. Базовая программа ОМС определяет²¹:

- виды медицинской помощи;
- перечень страховых случаев;
- структуру тарифа на оплату медицинской помощи;
- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС;
- нормативы объемов предоставления медицинской помощи 1 застрахованному лицу в год, нормативы финансовых затрат на единицу

²⁰Королева М.Л. Проблемы финансирования государственных учреждений здравоохранения // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2015. №2. С.12-22.

²¹Павлюченко В. Г. Социальное страхование: учебник для бакалавров. М.: «Дашков и К^о», 2015. 480 с.

медицинской помощи, годовые подушевые нормативы на 1 застрахованное лицо;

- критерии доступности и качества медицинской помощи.

В соответствии с требованиями базовой программы ОМС каждый субъект РФ в рамках переданных ему полномочий по осуществлению деятельности в сфере ОМС разрабатывает и утверждает территориальную программу ОМС, являющуюся составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуется на основании договоров, заключенных в его пользу между участниками ОМС. Предлагаемый подход логически подводит к тому, что страховые медицинские организации являются своего рода посредниками между территориальными фондами и медицинскими организациями.

По существу, это означает, что финансирование страховых медицинских организаций осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу с учетом численности застрахованных в СМО лиц и запланированных объемов медицинской помощи. Средний подушевой норматив на 1 застрахованное лицо, рассчитанный в рамках бюджетных возможностей территориального фонда, корректируется на коэффициент дифференциации. Коэффициент дифференциации рассчитывается для каждой половозрастной группы, по которым распределены застрахованные граждане, исходя из затрат на оплату медицинской помощи.

Территориальный фонд ОМС ежемесячно проводит сверку реестров застрахованных лиц, состав половозрастных групп и затраты на оказание им медицинской помощи, по результатам которой корректирует подушевые нормативы и коэффициент дифференциации. Следовательно, финансирование страховой медицинской организации зависит от количества

застрахованных в ней лиц, от уровня экономического развития субъекта, но в то же время ограничено бюджетом фонда.

Структура расходов медицинской организации представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Структура расходов медицинской организации²²

Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи	Расходы, связанные с обеспечением деятельности медицинской организации в целом
<ul style="list-style-type: none"> - заработная плата с начислениями; - расходные материалы; - амортизация используемого при оказании МП оборудования; - прочие 	<ul style="list-style-type: none"> - коммунальные услуги; - содержание имущества (в собственности или в аренде); - услуги связи; - заработная плата аппарата управления; - амортизация оборудования, не используемого при оказании медицинской помощи; - общехозяйственные нужды

Тарифы, а также объемы медицинской помощи, распределенные между медицинскими организациями в субъекте, ежегодно разрабатываются и утверждаются Комиссией в тарифном соглашении о реализации территориальной программы ОМС в субъекте РФ.

Структура тарифа включает в себя следующие статьи расходов: заработная плата с начислениями и прочими выплатами; расходные материалы; продукты питания; мягкий инвентарь; содержание имущества; приобретение оборудования до 100 тыс. руб. за единицу²³.

Для получения денежных средств за предоставленную в рамках ОМС медицинскую помощь медицинские организации ежемесячно направляют в СМО заявку на авансирование, счет на оплату и реестр счетов, содержащий перечень застрахованных лиц с указанием объемов и стоимости оказанной им медицинской помощи. Схема финансирования территориальным фондом ОМС медицинских организаций через страховые медицинские организации представлена на рисунке 2.

²² Королева М.Л. Проблемы финансирования государственных учреждений здравоохранения // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2015. №2. С.12-22.

²³ Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017[Электронный ресурс] // Правовой сайт КонсультантПлюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/ (дата обращения: 05.04.2017)



Рисунок 2 - Схема финансирования территориальным фондом ОМС медицинских организаций через страховые медицинские организации²⁴

Страховая медицинская организация в свою очередь направляет заявку в территориальный фонд ОМС на получение целевых средств для оплаты медицинской помощи организациям. Если в отчетном месяце объем средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, превышает сумму счета на оплату медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения.

Однако если превышение связано с повышенной заболеваемостью, повышением тарифов на оплату медицинской помощи, увеличением количества застрахованных лиц или изменением их структуры по полу и возрасту территориальный фонд может предоставить недостающие для

²⁴ Королева М.Л. Проблемы финансирования государственных учреждений здравоохранения // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2015. №2. С.12-22.

оплаты медицинской помощи средства из нормированного страхового запаса территориального фонда²⁵.

Бюджетное финансирование учреждения здравоохранения возникает при выполнении учреждением государственного (муниципального) задания в соответствии с положениями Федерального закона № 83-ФЗ²⁶.

Государственное (муниципальное) задание - документ, устанавливающий требования к составу, качеству, содержанию, условиям, порядку и результатам оказания государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ). Государственное (муниципальное) задание формируется для бюджетных, автономных, а также казенных учреждений по решению органа государственной власти или местного самоуправления, осуществляющего бюджетные полномочия главного распорядителя бюджетных средств²⁷.

Финансирование учреждений, выполняющих государственное (муниципальное) задание, осуществляется за счет субсидий из бюджета соответствующего уровня на выполнение государственного (муниципального) задания на основе соглашения между учредителем (исполнительным органом власти в сфере охраны здоровья граждан) и учреждением здравоохранения. Расчет объема субсидий осуществляется на основе тарифа по нормативным затратам и объема выполняемого задания согласно плану финансово-хозяйственной деятельности или смете (для казенного учреждения).

Для улучшения механизма правового регулирования медицинского страхования необходимо обеспечить переход от оплаты по посещениям и койко-дням к оплате по законченному принципу путем «одноканального

²⁵Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017[Электронный ресурс] // Правовой сайт КонсультантПлюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/ (дата обращения: 05.04.2017)

²⁶Федеральный закон от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_100193/ (дата обращения: 03.04.2017)

²⁷Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 03.04.2017)

финансирования», который улучшит качество медицинской помощи и повысит заработную плату работников²⁸.

Следует признать обоснованной точку зрения ученых, что проблемой остается выравнивание финансирования здравоохранения в регионах, поскольку регионы-доноры получают меньше средств, чем перечислили в ФОМС, а в дотационных регионах из-за нехватки средств уменьшится количество и качество медицинской помощи.

Из выше сказанного можно сделать следующий вывод: недостаточное финансирование программ ОМС влечет за собой неполное покрытие услуг в рамках базовых программ, что, в свою очередь, снижает качество страховой защиты в этом секторе. Кроме того, регламентированная законодательно конкурсная схема выбора страховщика для обслуживания программ ОМС не содержит четких критериев отбора. В итоге страховые компании, имеющие установленные государством тарифы по ОМС и определенный набор услуг, лишены возможности усилить свои конкурентные позиции²⁹.

Помимо этого, на сегодняшний момент законодательство не обеспечивает достаточное финансирование системы здравоохранения – ему свойственны декларативность, противоречивость. И до сих пор непонятно, каким образом будут распределены полномочия между государством и его субъектами, направленные на обеспечение качественной медицинской помощи³⁰.

Система здравоохранения относится к группе социальных услуг, которые в чистом виде не могут существовать в рыночных условиях, поэтому государственное регулирование является обязательной для любой страны. Анализ устойчивости системы обязательного медицинского страхования предполагает оценку опыта организации страховой медицины в России и за рубежом.

²⁸Жучков С.В. Особенности современного состояния правового обеспечения обязательного медицинского страхования в России // Вестник РГГУ. М.: РГГУ, 2014. №15. С.69-78.

²⁹ Стародубов В.И., Сон И.М. Система обязательного медицинского страхования в России: состояние, развитие, проблемы и перспективы // Медицина катастроф. М.: ВЦМК "Защита, 2013. №2. С.25-31.

³⁰Жучков С.В. Особенности современного состояния правового обеспечения обязательного медицинского страхования в России // Вестник РГГУ. М.: РГГУ, 2014. №15. С.69-78.

2 Опыт организации страховой медицины

2.1 Принципы системы медицинского страхования за рубежом

Одновременное достижение финансовой устойчивости и равного доступа населения к передовым методам лечения и медицинским технологиям – важная задача, решение которой определяет социальную устойчивость общества³¹. Показатели доступности и качества медицинских услуг входят в расчет индекса человеческого развития страны.

На сегодняшний день получили распространение три основные модели здравоохранения, которые основаны на разных способах финансирования и формах организации оказания медицинских услуг: бюджетная (система Бевериджа); социально-страховая (система Бисмарка); частная³².

В основе моделей – источники финансирования, которые включают налоговые поступления, взносы на медицинское страхование, частные средства, а также способы ее организации (централизованная или децентрализованная) и формы собственности поставщиков услуг здравоохранения (государственная, частная некоммерческая и частная коммерческая).

Бюджетная модель финансирования основана на том, что основным источником здесь является государственный бюджет, а именно налоговые поступления. Государство практически полностью покрывает медицинские услуги для всего населения и управляет системой медицинского обслуживания. Государственные лечебные учреждения при этом играют доминирующую роль. Наиболее ярко данная модель проявляется в Великобритании. Источники финансирования – налоговые поступления, которые составляют почти 100% всех расходов. Национальная служба здравоохранения Великобритании, которая подчиняется Департаменту

³¹Жучков С.В. Особенности современного состояния правового обеспечения обязательного медицинского страхования в России // Вестник РГГУ. М.: РГГУ, 2014. №15. С.69-78.

³²Цыганова О.А., Ившин И.В. Медицинское страхование: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. 176 с.

здравоохранения, является основным поставщиком медицинских услуг. Система здравоохранения обеспечивает население фактически всем набором медицинских услуг, включая обеспечение лекарственными препаратами в стационарах.

Также осуществляется система возмещения стоимости лекарственных средств по рецептам, в которую также включаются и трудоспособные граждане. Для социально незащищенных слоев действуют льготы на лекарства по рецептам. Льготы предоставляются на стоматологические и офтальмологические услуги³³.

Подобная система действует и в Австралии, где существует система страхования Медикейр (Medicare) и схема возмещения стоимости лекарств (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS). Система страхования покрывает 75% стоимости услуг стационаров, 85-100% амбулаторных услуг. PBS обеспечивает вакцинацию и оплату 80% стоимости рецептурных лекарств. Содержание государственных больниц, федеральных и региональных программ осуществляется также посредством дополнительной поддержки государства.

Совместно с правительством финансируются программы общественного здравоохранения, медицинское обслуживание сельского населения, коренных жителей и ветеранов, психиатрическая помощь, часть стоматологических услуг.

Частное медицинское страхование обеспечивает доступ к услугам частных больничных учреждений, а также к немногочисленным услугам, не охваченным государственным финансированием, тем самым играет вспомогательную роль. Государство оказывает поддержку гражданам, которые покупают полисы частного медицинского страхования, предоставляя специальные бюджетные субсидии и налоговые льготы³⁴. Бюджетная модель здравоохранения используется в Греции, Дании,

³³ Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. Волгоград: ВолгГМУ, 2012. № 2. С.54-55.

³⁴ Максимова Л.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // Медицинские технологии оценка и выбор. М.: Гелиос, 2014. №1. С. 37-44.

Ирландии, Испании, Италии, Новой Зеландии, Норвегии, Португалии и Швеции.

Социально-страховая модель финансируется за счет взносов работодателей и работников с заработной платы или общих доходов фирмы. Данная система, как и бюджетная, охватывает почти все население страны. Государство, при этом является гарантом доступности и регулятором медицинских услуг³⁵.

Классическая социально-страховая модель характерна для Германии, которая охватывает 90% населения страны. Перераспределение финансовых ресурсов происходит через больничные кассы, куда согласно договору страхования перечисляются взносы работодателя и работника в размере 15,5% от дохода застрахованного. Работники вправе сменить страховую организацию один раз в год. Жестко соблюдается принцип солидарности: здоровый платит – за больного, молодой – за пожилого, работающий – за безработного. Система ОМС покрывает практически все необходимые услуги, лекарства и медицинские изделия, а платежи населения составляют незначительную долю³⁶.

Во Франции финансирование здравоохранения преимущественно социально-страховая, которой охвачены все категории жителей, включая нелегальных иммигрантов. Дополнительными источниками являются налоги и акцизы. Неукоснительно соблюдается принцип свободы выбора для пациента: каждый гражданин имеет право получить направление на консультацию к любому конкретному специалисту по своему выбору. Существует несколько подсистем (схем) медицинского страхования.

Самой большой (около 80% населения) является общая схема, которая охватывает наемных работников и их семьи. Есть схемы, распространяющиеся на частных фермеров, государственных служащих и индивидуальных предпринимателей. Безработные и малоимущие граждане

³⁵Павлюченко В. Г. Социальное страхование: учебник для бакалавров. М.: «Дашков и К^о», 2015. 480 с.

³⁶Максимова Л.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // Медицинские технологии оценка и выбор. М.: Гелиос, 2014. №1. С. 37-44.

застрахованы по специальной программе - для лиц, у которых годовой доход не превышает 8774 евро.

Социально-страховая модель представлена в Нидерландах, Австрии, Бельгии, Швейцарии, Канаде и Японии, Латинской Америке. В Китае система страхования так же социально-страховая. При этом она существенно отличается в различных регионах, а также для городского и сельского населения. Наиболее развита система здравоохранения в крупных городах, расходы также на страхование здесь выше. При этом государство предоставляет субсидии на страхование для малоимущих граждан. Стоит отметить, что здесь нет единой системы обязательного медицинского страхования. Страхование включает в себя следующие виды³⁷:

- базовое медицинское страхование – обязательно для городов и вводится по решению местных властей в сельской местности. В Пекине расходы работодателей составляют 10%, работников – 2%;
- страхование жизни, от производственных травм – выплачивают работодатели в размере 1%;
- страхование на рождение ребенка – покрывает расходы по медицинской помощи и выплаты материального пособия в период отпуска по беременности и родам. Выплачивается работодателями в городской местности.

Отсутствие единой системы государственного медицинского обслуживания или страхования является особенностью частной модели. Медицинская помощь предоставляется преимущественно на платной основе, за счет частного страхования в условиях рыночного предложения услуг здравоохранения. Государство берет на себя финансирование только тех потребностей общества, которые не могут быть удовлетворены рынком (медицинские услуги для малообеспеченных слоев населения, пенсионеров и безработных).

³⁷ Архипов А. П. Социальное страхование. Здоровье, пенсии, профессиональные риски: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2015. 387 с

Данная система действует в США, где представлена в классическом ее варианте. Здесь полностью отсутствует национальная система здравоохранения. В США нет гарантий всеобщей медицинской помощи. Государственное медицинское страхование доступно отдельным категориям населения в рамках федеральных и смешанных федерально-штатных программ, таких, например, как Медикейр (Medicare) и Медикейд (Medicaid). Существенная доля населения (50 млн. человек, или 16%) не охвачена никакими видами медицинского страхования. Доля финансирования государства составляет не более 50%³⁸.

Стоит отметить, что в представленных странах, ни одна модель не представлена в чистом виде, в них лишь доминирует одна из трех моделей. Но существует ряд стран, где нет явно доминирующей модели. Например, Канадская модель, которая сочетает в себе: социально-страховую и бюджетную систему финансирования. В Канаде универсальный доступ к услугам здравоохранения для 99% населения обеспечивает система всеобщего государственного медицинского страхования Медикейр.

Важную роль в управлении данной системы играют страховые медицинские планы десяти провинций и трех территорий. При этом основным источником финансовых средств являются не взносы работодателей и работников, а налоговые поступления федерального правительства и провинций, как и в бюджетной модели.

Существенную долю бюджетной модели в доминирующей социально-страховой составляют также модели Австралии, Японии, где 70% финансируются за счет взносов за работающую часть населения, а остальные средства привлекаются за счет дополнительных источников, включая обеспечение медицинскими услугами социально незащищенных слоев.

³⁸Цыганова О.А., Ившин И.В. Медицинское страхование: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. 176 с.

2.2 Развитие системы обязательного медицинского страхования в России

В данном разделе представлен анализ развития системы обязательного медицинского страхования в России на примере ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №66 департамента здравоохранения города Москвы»).

2.2.1 Характеристика деятельности ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ»

Полное наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника №66 Департамента здравоохранения города Москвы».

Управление учреждением осуществляется в соответствии с федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами г. Москва. Управление над организацией ведет Главный врач: Палферова Елена Александровна.

Почтовый адрес: 111672, г. Москва, ул. Салтыковская, д. 11Б

Учредителем ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» является Департамент здравоохранения города Москвы.

ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» осуществляет медицинскую деятельность на основании Лицензии на право осуществления медицинской деятельности: № ЛО-77-01-012065 от 06.04.2016 г.

Платную медицинскую деятельность ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» осуществляет на основании разрешения №60-18-15430/14 от 15.07.2014 г., выданного Департаментом здравоохранения города Москвы.

Городская поликлиника № 66 ДЗМ была зарегистрирована 06 мая 2003г. В целях оптимизации лечебно-диагностического процесса, дальнейшего совершенствования организации и качества оказания специализированной медицинской помощи населению г. Москвы, а также

рационального использования материальных ресурсов, совершенствования управления государственной системой здравоохранения в декабре 2012 года произошла реорганизация – объединение нескольких учреждений здравоохранения: ГП № 66 ДЗМ, ГП № 78 ДЗМ, ГП № 80 ДЗМ, ГП № 196 ДЗМ, ГП № 206 ДЗМ.

На сегодняшний день ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» – это современный многопрофильный центр с филиалами и круглосуточным травмпунктом, оказывающий медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования, профилактические осмотры и платные медицинские услуги.

В ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» оказывается первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь. В отделениях поликлиники стоит современное оборудование, пациенты могут провести различные исследования.

Миссией организации является улучшение здоровья граждан прикрепленных к поликлинике, путем оказания высококачественной амбулаторно-поликлинической помощи с применением современных профилактических, диагностических, лечебных и медико-социальных технологий.

Целью деятельности является гарантия пациентам доступной квалифицированной медицинской помощи и удовлетворение их ожиданий по поводу сохранения здоровья и поддержания высокого уровня качества жизни.

Поликлиника в первую очередь взаимодействует с потребителями своих услуг – прикрепленное население.

Помимо этого поликлиника взаимодействует с Минздравом РФ, департаментом здравоохранения г. Москва, территориальным фондом обязательного медицинского страхования и пр. В основном влияние на деятельность центра оказывают следующие контролирующие органы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации;

- Правительство г. Москва;
- Департамент здравоохранения города Москвы;
- Московский городской фонд ОМС;
- Департамент социальной защиты населения города Москвы;
- Территориальный орган Росздравнадзора по г. Москве и МО;
- Управление Роспотребнадзора по г. Москве;
- Страховые компании.

К конкурентам учреждения можно отнести частные (платные) клиники, лечебно-диагностические и медицинские центры г. Москвы.

Поликлиника № 66 делится на взрослую и детскую. В учреждении функционируют следующие отделения:

- Терапевтические отделения (9)
- Педиатрические отделения (3)
- Травматолого-ортопедическое отделение
- Оториноларингологическое отделение
- Отделение эндоскопии
- Отделение эндокринологии
- Отделение хирургии
- Отделение функциональной диагностики
- Отделение ультразвуковой диагностики
- Отделение офтальмологии
- Отделение неотложной медицинской помощи взрослому

населению

- Отделение неврологии
- Отделение медицинской реабилитации
- Отделение медицинской профилактики
- Отделение лучевой диагностики
- Отделение кардиологии
- Консультативное отделение

- Клинико-диагностическая лаборатория
- Кабинет врача-инфекциониста
- Женская консультация (3)
- Дневной стационар
- Центр здоровья
- Отделение платных услуг
- Справочная служба (Call-центр)

В поликлинике открыт центр здоровья, в котором любой взрослый гражданин Российской Федерации может получить рекомендации по здоровому образу жизни и отказу от вредных привычек. Действует дневной стационар на 20 коек терапевтического и гинекологического профиля. Открыто отделение неотложной медицинской помощи взрослому населению. Врачи данного отделения оказывают круглосуточную неотложную медицинскую помощь при обострении хронических заболеваний, не представляющих опасности для жизни.

Организационная структура ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» представлена в (приложении А). Организационная структура управления в учреждении относится к линейно-функциональному типу структур. Функциональными звеньями являются хозяйственные подразделения (бухгалтерия, хозяйственная часть и так далее), а также разделение по лечебным отделениям, во главе которых стоит руководитель. Каждое структурное подразделение получает указание и распоряжения не только от руководителя учреждения, подразделения (главного врача, заведующего отделением), но и от руководителей функциональных служб (заместителя главного врача по медицинской части, по клинико-экспертной работе и так далее).

Многолетний опыт использования линейно-функциональных структур управления показал, что они наиболее эффективны там, где аппарат управления выполняет обычные, повторяющиеся и редко меняющиеся задачи и функции.

К недостаткам линейно-функциональной структуры управления можно отнести:

- большое количество отчетной документации;
- превышение нормы управляемости.

На сегодняшний день в системе в основном регламентированы:

- организационная структура руководящих органов;
- система периодически рассматриваемых результатов работы учреждения и ее подразделений (месяц, квартал, год);
- нормативы по охране труда;
- должностные инструкции.

На базе поликлиники проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры, диспансеризация населения. Граждане России могут бесплатно пройти обследование, начиная с возраста 21 года каждые три года, для определения состояния и группы здоровья по государственной программе бесплатной медицинской помощи населению.

2.2.2 Детское отделение ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ»

Детское отделение входит в структуру ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ». Осуществляет руководство деятельности детского отделения заместитель главного врача по педиатрии: Гагиева Залина Константиновна.

Детское отделение состоит из трех педиатрических отделений. Оказывается медицинская помощь следующими врачами-специалистами: педиатры, кардиолог, хирурги, ортопед, отоларингологи, неврологи, офтальмологи, гастроэнтеролог, эндокринолог, аллерголог, подростковый врач, гинеколог, уролог-андролог. Работает отделение профилактики, которое организуют профилактическую помощь в детских образовательных учреждениях района обслуживания.

Детское отделение оказывает первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медицинскую помощь детям, от рождения до достижения ими 18 лет, прикрепленным к поликлинике.

Основными задачами врачей специалистов являются:

- оказание консультативной диагностической и лечебной помощи детям по профилю отделения в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и действующими медико-экономическими стандартами;
- динамическое наблюдение за детьми с профильной патологией, направление их на стационарное лечение для проведения консервативной терапии или оперативного вмешательства;
- подготовка рекомендаций для лечащего врача (врача-педиатра участкового, врача общей практики) по лечению, рекомендаций по направлению детей в комиссию Департамента здравоохранения г.Москвы по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной помощи, а так же для направления детей на медико-социальную экспертизу для оформления инвалидности.

Прием специалистов осуществляется как при самостоятельном обращении пациентов, так и при направлении врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами).

Информация о количестве штатных единиц, количественном составе сотрудников детского отделения представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Количественный состав сотрудников детского отделения

Категории персонала	2014		2015		2016		Динамик а 2015 г. к 2014 г.	Динамика 2016 г. к 2015 г.
	чел.	%	чел.	%	чел.	%		
Врачи	65	26,1	59	27,6	53	26,2	- 6	-6
Средний медицинский персонал	96	38,5	83	38,8	79	39,1	-13	-4
Младший медицинский персонал	43	17,3	35	16,3	33	16,3	-8	-2
Обслуживающий персонал	45	18,1	37	17,3	37	18,3	-8	0
Всего должностей	249	100	214	100	202	100	-35	-12

Численность персонала снизилось за счет сокращения ставок и оптимизации организации лечебно-диагностического процесса. При этом структура персонала за анализируемый период существенно не меняется:

- порядка 26,6% составляют врачи с высшим медицинским образованием, в том числе кандидаты медицинских наук, врачи с высшей и первой квалификационной категорией;
- средний медицинский персонал составляет порядка 38,8%;
- младший медицинский персонал – 16,6%;
- обслуживающий персонал представлен различными категориями немедицинских сотрудников: бухгалтера, кадровики, инженеры и другие, которые составляют порядка 17,9% .

Оплата труда персонала осуществляется в рамках Положения о системе оплаты труда работников ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ», разработанного в соответствии с законодательством о труде и приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 августа 2007 г. №526 «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников», от 31 марта 2008 г. №149н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг», от 29 мая 2008 г. №247н «Об утверждении профессиональных

квалификационных групп общепромышленных должностей руководителей, специалистов и служащих».

Оплата труда работников учреждения включает:

- тарифные ставки, оклады (должностные оклады);
- выплаты компенсационного характера;
- выплаты стимулирующего характера.

Оплата труда работников учреждения осуществляется на основе схемы тарифных ставок, окладов работников учреждения, которые определяются по результатам тарификации в соответствии с требованиями к профессиональной подготовке и уровню квалификации, осуществляемой профессиональной деятельности, с учетом отнесения учреждений к категориям сложности и объема выполняемой работы.

Для различных сотрудников тарифы определяются в соответствии с квалификацией, категорией, уровнем образования. К примеру, тарифные ставки, оклады средних медицинских работников устанавливаются с применением коэффициента к должностным окладам: 1,10 - при наличии в подразделении до 6 должностей; 1,20 - при наличии в подразделении свыше 7 должностей.

Положением определяется список компенсаций:

- выплаты работникам, занятым на работах с вредными и(или) опасными и иными особыми условиями труда;
- выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе, работе в ночное время и при выполнении работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных) и другое.

Выплаты компенсационного характера устанавливаются в процентном отношении к тарифной ставке, окладу.

Перечень выплат стимулирующего характера включает в себя:

- выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет;

- премиальные выплаты по итогам работы;
- выплаты за высокие результаты и качество выполняемых работ и другое.

Оплата труда руководящего состава рассчитывается на основе величины средней заработной платы сотрудников в кратном размере (от 1 до 5). Решение о начислении оплаты труда, стимулирующих выплат, компенсаций выносится учредителем.

Таким образом, размер денежного стимулирования в ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» зависит от стажа, образования, квалификационной категории, государственных наград, ведомственных знаков отличия, ученой степени.

Анализ нормативной документации по организации оплаты труда позволяет сделать следующие выводы:

- направленность системы денежного стимулирования связана с обеспечением достойного размера оплаты труда всех звеньев организационной структуры;
- формирование устойчивой системы коллектива;
- привлечение молодых кадров.

Руководством поликлиники создаются необходимые условия для повышения квалификации и профессионального роста врачебного и среднего медицинского персонала. Повышение квалификации сотрудников поликлиники проводится не реже одного раза в пять лет в образовательных и научных организациях путем обучения, прохождения стажировок, а так же непрерывного образования с применением современных дистанционных технологий.

Кроме этого обучение проходит в очной форме в виде конференций, семинаров, которые чаще всего проходят в будние дни, в рабочее время, что влечет за собой отвлечение специалистов от приема, а следовательно, является недостатком данной формы обучения.

В целях повышения эффективности оказания медицинских услуг, комфортности и их доступности осуществляется внедрение в практику

передовых технологий, компьютеризация отделений и служб, грамотная организация труда, рост профессионального мастерства медработников позволяют коллективу поликлиники обеспечить высококачественную амбулаторно-поликлиническую помощь населению.

2.2.3 Анализ финансового состояния предприятия

Обслуживаемой категорией детского отделения ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» являются дети от рождения до 18 лет, прикрепленные к поликлинике. Учреждение входит в состав системы государственного здравоохранения, поэтому основные поступления организации – средства в рамках системы ОМС.

В таблице 3 представлена динамика структуры оказанных услуг по источникам финансирования.

Таблица 3 – Динамика структуры источников финансирования, %

Источники финансирования	2014г.	2015г.	2016г.	Темп прироста, в 2015г. к 2014г., %	Темп прироста, в 2016г. к 2015г., %
По ОМС, ед.	9639	25654	40779	+166,1	+59,0
Доля в общей величине, %	80,9	88,3	92,3	-	-
Платно, ед.	2270	3386	3386	+49,2	0
Доля в общей величине, %	19,1	11,7	7,7	-	-

Объем услуг по ОМС в 2015 году увеличивается на 166,1%. Платных услуг на 49,2%, что связано с ростом оказываемых услуг, в частности проведение вакцинации детей вакцинами закупленными поликлиникой.

В 2016 году рост по ОМС составил 59%. Услуги назначенные врачом в целях лечения оплачиваются ОМС, услуги в целях получения профилактики не входят в программу госгарантий, следовательно оказываются в платной форме (к примеру, массаж, бассейн).

С каждым годом доля услуг оплачиваемых по полису обязательного медицинского страхования увеличивается, что связано с:

1. совершенствованием материальной базы учреждения и ассортимента услуг, оплачиваемых в рамках ОМС;
2. увеличение числа прикрепленных к поликлинике;
3. снижение реальных доходов населения.

Далее рассмотрим источники финансирования расходов в детском отделении ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ», которые представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Расходы финансовых средств из различных источников финансирования

Год	Средства бюджетов всех уровней		Средства ОМС		Итого руб.	Темп прироста, %
	руб.	Доля, %	руб.	Доля, %		
2014	2 231 998	1,53	146 081 005	98,50	148 313 003	-
2015	11 250 023	3,15	357 394 578	96,95	368 644 601	+148,6
2016	22 405 315	5,50	407 709 249	94,79	430 114 564	+16,7

Основные средства для финансирования расходов поступают в результате оказания услуг по полисам ОМС – 94,79-98,5% от общей структуры. При этом доля средств бюджета с каждым годом увеличивается: за три года с 1,53% до 5,5%. Темп прироста источников финансирования и расходов, соответственно, в 2015 году увеличивается на 148,6% (рост объемов реализации после открытия новых отделений), в 2016 году – 16,7%.

За счет средств бюджетов закуплена новая лечебная и диагностическая аппаратура. Существенно модернизировалось отделение регистратуры и значительно улучшилась его работа.

На объемы финансирования существенно влияют показатели выполнения планов. Выполнение плановых показателей по оказанию услуг детским отделением ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Выполнение плановых показателей по оказанию услуг

Год	План	Факт	Процент выполнения плана, %
Оказано услуг по полисам ОМС, руб.			
2014	148 313 003	157 319 564	106,07
2015	178 644 601	258 327 938	144,60
2016	230 114 564	350 509 266	152,32

Как видно из данных таблицы 5 детское отделение ежегодно существенно перевыполняет план по оказанию услуг в рамках ОМС.

Платных услуг за 2014 год было оказано на 1742,49 тыс. руб., в 2015 году на 1648,35 тыс. руб. (за 2016 год данных не имеется), что говорит о снижении оказания платных услуг. В целом предоставленные платных услуг держится на одном уровне в связи с тем, что ряд услуг предоставляется только на платной основе, и регулярно происходят обращения иностранных граждан за медицинской помощью.

Существенные превышения плановых показателей свидетельствуют о превышении объемов работ сотрудниками учреждения, в связи с увеличением числа прикрепленных: близость обители, более квалифицированная качественная медицинская помощь. При этом расходы имеют обратную динамику.

Бюджет фонда ОМС составляет в общих источниках финансирования детского отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» с тенденцией ежегодного увеличения: в 2014 г. – 80,9%, в 2015 г. – 88,3%, в 2016 г. – 92,3%. Рост финансирования связан с увеличением тарифов, ростом перечня оказываемых услуг. Это позволило увеличить расходы на текущее финансирование расходов отделения: выплата заработной платы сотрудникам, лекарственное обеспечение.

Подводя итоги, стоит так же отметить следующее. Система ОМС позволила здравоохранению не только выжить в сложной экономической ситуации, сохранив бесплатность медицинской помощи для россиян, но и набрать темпы для дальнейшего развития, укрепить финансовую базу

медицинских учреждений, повысила роль экономических регуляторов при оказании медицинских услуг. Но достижение данных результатов возможно лишь при грамотном управлении: широта услуг, привлечение дополнительных источников финансирования.

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

На современном этапе основной трудностью в развитии ОМС можно назвать недофинансирование системы и почти полное отсутствие унификации правил и стандартов по разным регионам страны. Большая часть региональных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи испытывает дефицит, по мнению Счетной палаты РФ. В результате чего в большинстве регионов страны планирование объемов медицинской помощи основывается не на фактической потребности населения в ней, а на финансовой возможности региона и сложившейся внутри него сети учреждений здравоохранения. В 2013 году выявлен дефицит средств ОМС по 40 программам на сумму 26,1 млрд. рублей, а в 2014-м – уже по 59 программам на 55,3 млрд. рублей³⁹.

Бюджет системы здравоохранения не сбалансирован, пациенты, отчисляя немалые средства в Фонд ОМС, все равно вынуждены получать отдельные услуги платно. И делается это, как правило, неформализованно. При этом отсутствуют гарантии менее обеспеченным слоям населения.

Другая проблема заключается в распределении объемов медпомощи между организациями. В процессе проведения проверок постоянно вскрываются случаи необоснованного их занижения и завышения. Это

³⁹Панковская Е.В., Козлова Е.В. Современные проблемы развития обязательного медицинского страхования в России // Международный студенческий научный вестник. М.: РАЕ, 2015. №4. С.38-45.

создает риски ложной отчетности в целях получения денег. Для устранения таких перекосов необходимо усилить контроль за деятельностью комиссий и разработать единые региональные критерии распределения объемов медпомощи.

Также наблюдается отсутствие надлежащего контроля со стороны Министерства здравоохранения и Фонда ОМС за реализацией программ, несовершенство нормативной правовой базы.

2.3 Качество и доступность медико-страхового обслуживания

Говоря о раскрытии понятий «доступность» и «качество» медико-страхового обслуживания можно отметить, что в соответствии с положениями 40-й Медицинской Ассамблеи 1988 г. доступность медицинской помощи включает в себя соблюдение следующих условий⁴⁰:

- необходимая помощь доступна каждому пациенту;
- существует свобода выбора врача, системы предоставления медицинской помощи и системы ее оплаты;
- население образовано и достаточно информировано в медицинском плане;
- все стороны адекватно участвуют в организации и управлении системой здравоохранения.

Понятие качества раскрывается в ст.2 п.21 ФЗ 323: «Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата»⁴¹.

⁴⁰Сорокин Е.В., Ким В.О. Современные модели оценки качества медицинской помощи // Международный студенческий вестник. М.: РАЕ, 2016. №6 С.48-54.

⁴¹Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 03.04.2017)

В России с учетом особенностей национальной системы здравоохранения созданы правовая и этическая основы медицинской деятельности, соответствующие общепризнанными принципам и нормам международного права.

Введение обязательного медицинского страхования формируют всеобщую доступность медицинского обслуживания в плате финансовой доступности. С другой стороны сложным остается вопрос о качестве, доступности услуг с точки зрения выбора лечащего врача, системы предоставления медицинской помощи, уровня образованности населения.

Далее представлен анализ данных показателей как на примере деятельности конкретного учреждения (ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ»), так и по исследованиям в России в целом. В таблице 6 представлены ключевые показатели доступности медицинских услуг, полученные в ходе опроса населения в ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ».

Таблица 6 – Доступность медицинских услуг

Показатель	Оценка доступности
Очередность на прием к врачам основных специальностей (терапевту, педиатру)	не более 2-х дней
Очередность на прием к врачам узких специальностей	не более 7 дней
Больные с острыми состояниями, нуждающиеся в неотложной помощи (травма, острая боль, высокая температура и др.)	вне очереди, в день обращения
Время ожидания приема лечащего врача в поликлинике	не более 15 минут
Очередность на диагностические исследования по направлению врача: - основные лабораторные исследования - УЗИ, функциональная, рентгенологическая диагностика	- не более 2-х дней - не более 7 дней

Как видно из данных таблицы 6 показатели соответствуют нормируемым значениям.

В таблице 7 представлены результаты анкетирования потребителей услуг ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» по оценке качества работы педиатрического отделения.

Таблица 7 – Показатели качества предоставляемых услуг

Критерии доступности и качества медицинской помощи	Единица измерения	Значение
Удовлетворенность населения медицинской помощью	процентов от числа опрошенных	87
Число обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной программы	абсолютное количество	20
Обеспеченность населения врачами	человек на 10 тыс. населения	17
Выполнение функции врачебной должности	число амбулаторных посещений в год на одну занятую должность	4126
Число посещений в год по поводу заболеваний	абсолютное количество	1047993
Доля посещений с профилактической целью к общему количеству посещений поликлиники	процентов	20,3

Полученные показатели в целом соответствуют или превышают нормативные показатели. Удовлетворенность населения качеством услуг по ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» существенно превышают общероссийские показатели.

Анализируя систему качества обслуживания со стороны представителей учредителя и данных выполнения плановых показателей можно сделать следующие выводы в области финансирования по системе ОМС и организации работы отделения:

- план по предоставлению услуг перевыполняется, что увеличивает доходы;
- средний уровень обслуживания, что выражается в жалобах клиентов;
- низкая заинтересованность квалифицированных специалистов всех уровней в виду высокой нагрузки.

Анализ мнения непосредственных клиентов выявил следующие проблемы в качестве услуг: периодически возникающие очереди к специалистам; грубость отдельных сотрудников; формальность подхода, отстраненность; жалобы на неквалифицированное лечение, оказание услуг.

Также к организационным проблемам системы ОМС можно отнести:

- отсутствие реальных критериев выбора застрахованными лицами медицинских организаций;
- нереализованность принципов конкуренции, заложенных в механизме обязательного медицинского страхования.

Все это прямо или косвенно влияет на устойчивость объемов финансирования педиатрического отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ».

Исследования в области доступности и качества системы здравоохранения в России дают следующие результаты.

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) опубликовал результаты исследования «Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов», проведенного в 2015 году. Его данные свидетельствуют, что в случае болезни большинство россиян (60%), в первую очередь, идут в государственные поликлиники.

Большинство опрошенных знают свои права по полису ОМС. Многим известно, что наличие полиса дает возможность получить первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь (по 71%), а также получить консультацию узких специалистов (57%). При этом две трети россиян (65%) оценивают качество медицинских услуг, предоставляемых в государственных больницах и поликлиниках, в целом как низкое⁴².

По мнению населения наиболее актуальными проблемами российской системы здравоохранения являются низкое качество медицинских услуг (50%) и недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей (49%). На неэффективную работу страховых компаний, участвующих в системе ОМС, жалуются меньше всего (9%).

В случае болезни не обращаются в государственную поликлинику около 38% – свое нежелание они чаще всего объясняют плохой организацией работы больниц (большие очереди – 16%, невозможность записаться на

⁴²Доступность и качество российского здравоохранения [Электронный ресурс] // ВЦИОМ: Всероссийский центр изучения общественного мнения URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 08.04.2017)

прием – 8% и так далее), недоверием к медперсоналу (некомпетентность – 10%, равнодушие врачей – 6%, грубость – 5% и так далее), а также тем, что не считают свои болезни серьезным поводом пойти к врачу (16%).

Основной проблемой «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» является дисбаланс в объеме такой помощи и имеющихся финансовых ресурсов. Это приводит к снижению доступности медицинской помощи для значительной части населения и способствует увеличению числа случаев оказания ее ненадлежащего качества.

Экспертами было обнаружено, что финансирование здравоохранения в 2016 году уменьшилось на 20% относительно уровня 2012 года. Проект федерального бюджета на 2016 год, одобренный Госдумой в первом чтении 13 ноября, предусматривает сокращение расходов на здравоохранение на 8% по сравнению с 2015 годом⁴³.

Постоянно растут расходы населения на медицинские услуги и лекарственные средства. Существует неконтролируемая замена государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В большей степени от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении медицинской помощи надлежащего качества.

Проблема усугубляется тем, что существующий механизм финансирования государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению не позволяет определить зависимость размера оплаты от качества предоставляемой помощи. Таким образом, доступность медицинской помощи в России на данный момент является одной из насущных проблем современной системы здравоохранения.

⁴³Горностаева Я., Зимица А. Доступность и качество медицинских услуг как одна из насущных проблем современной системы здравоохранения в России / Материалы V Международной научно-практической конференции «Государственные проблемы модернизации национальной экономики». Тамбов: ТГУ имени Г.Р. Державина, 2016. С.126-132

Доступность и качество медицинского обслуживания существенно отличается для отдельных групп населения страны, при этом условия обязательного медицинского страхования остаются общими для всех. Это формирует неравенство взносов и получения общественных услуг по медицинскому обслуживанию, а также различает уровень финансовых доходов различных учреждений здравоохранения. Среди таких групп можно отметить – сельских жителей, жителей удаленных районов страны, инвалидов.

Сельскому здравоохранению России свойственны специфические характеристики, требующие определенных подходов. Особенности сельской жизни являются низкая плотность населения, большая территориальная протяженность и плохое дорожно-транспортное сообщение с соседними районами и областными центрами. В селах больше, чем в городах, лиц старше 75 лет; одиноких; престарелых; инвалидов и безработных. По сравнению с горожанами уровень жизни, общая и санитарная культура, уровень медицинской активности у сельских жителей значительно ниже⁴⁴.

Сельское население составляет 26% населения страны или 37,2 млн. человек. В четверти субъектов Российской Федерации сельские жители составляют 40% населения. Продолжается процесс измельчания сельских поселений. В период между Всероссийскими переписями населения 1989 г. и 2010 г. сельские территории утратили 9,2 тыс. сельских населенных пунктов. Обеспеченность сельского населения медицинской помощью по Российской Федерации с 2005 по 2012 год имела негативную тенденцию⁴⁵:

- сократилась на 27% обеспеченность койками на 10 000 населения;

⁴⁴ Еругина М.В., Кром И.Л. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. М.: РАЕ, 2016. №5. С.76-84.

⁴⁵ Гусева Н.К., Соколова И.А. Современные проблемы организации помощи сельскому населению // Медицинский альманах. Н. Новгород: НижГМУ, 2015. № 3. С.11-15.

- 2,9 раза уменьшилось число учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;
- количество фельдшерско-акушерских пунктов сократилось на 7431, количество физических лиц среднего медицинского персонала, работающего на фельдшерско-акушерских пунктах, сократилось на 14 629 человек.

Одно из направлений реформирования здравоохранения предполагало организацию первичного звена по принципу врача общей практики, что должно было привести к улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов, изменению ориентации на профилактику заболеваний и укреплению здоровья. Доказано, что особенно актуален переход сельских врачебных участков на общую врачебную практику в отдаленных районах и в районах с невысокой численностью населения⁴⁶.

Можно выделить проблемы организации оказания медицинской помощи жителям сельской местности⁴⁷:

- низкое качество оказания услуг: отсутствие узких специалистов даже в районных центрах, отсутствие технологического оборудования;
- отсутствие медицинских учреждений, даже врачей-терапевтов, в каждом населенном пункте. Прием в небольших селах ведется участковым врачом один раз в неделю или периодически, то есть изначально нарушаются условия доступности: приема врача в первые 24 часа обращения.

К особенностям сельского здравоохранения можно отнести⁴⁸:

- неравномерный характер расселения сельских жителей;
- отсутствие возможности реализации права- выбора врача и медицинской организации;

⁴⁶ Еругина М.В., Кром И.Л. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. М.: РАЕ, 2016. №5. С.76-84.

⁴⁷ Юрова И.Ю. Сельское здравоохранение как международная проблема // Международный научно-исследовательский журнал. М.: МНИЖ, 2013. № 11 . С. 88-89.

⁴⁸ Шаманова Л.В., Маслаускене Т.П. Проблемы медицинской помощи сельскому населению // Сибирский медицинский журнал. Иркутск: ИГМУ, 2010. № 6. С. 19-24.

- дефицит врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. А так же врачей и средний медицинский персонал - подготовленный к проведению целевой профилактики, при относительном профиците врачей специалистов, слабую лечебно-диагностическую базу, низкий уровень диагностики и лечения больных, низкую материально-техническую оснащенность;
- невысокий уровень развития информационных технологий, дефицит санитарного транспорта, неудовлетворительное состояние транспортных коммуникаций и большой радиус обслуживания;
- преобладание среди сельских жителей пенсионеров.

Для совершенствования работы участковых врачей и врачей общей практики обосновано совершенствование выездных видов специализированной помощи; реорганизация сельских участковых больниц; укрепление и модернизация материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений, особенно участковой службы, необходимость пересмотра системы финансирования медицинской помощи сельским жителям (обязательное медицинское страхование плюс бюджет). Внедрение этих методов в практику было призвано значительно повысить качество и эффективность работы участковых врачей и врачей общей практики⁴⁹.

На качество медицинской помощи значительно влияет наличие кадров, их количество, качество и подготовка. Особенно это ощущается в сельской местности. Низкая зарплата, отсутствие перспектив – все это делает работу в селе малопривлекательной для специалистов. Таким образом, чем дальше находится населенный пункт, тем ниже возможность оказания медицинской помощи⁵⁰.

⁴⁹ Еругина М.В., Кром И.Л. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. М.: РАЕ, 2016. №5. С.76-84.

⁵⁰ Давыдова Ю.В., Ключина Е.А. Проблемы доступности и качества медицинского обслуживания // Саратовский научно-медицинский журнал. Саратов: СГМУ им. В.И. Разумовского, 2013. № 11. С. 68-73.

Проведенный анализ литературных данных о результатах проводимых исследований по проблеме доступности медицинской помощи сельскому населению позволяет сделать следующие выводы:

- проблема доступности медицинской помощи сельскому населению в последнее десятилетие обострилась;
- существует две группы основных факторов, влияющих на доступность медицинской помощи населению: одна группа факторов связана с особенностями расселения на определенной территории, транспортной доступностью, особенностями сельского быта, другая – с особенностями организации медицинской помощи, обусловленными указанными факторами, недостаточным ресурсным обеспечением организаций здравоохранения;
- реализуемые в последнее десятилетие программы, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи, не привели к значимому положительному результату.

В принятой президентским указом в 2012 году стратегии развития отечественного здравоохранения в интересах детей в качестве первостепенной задачи рассматривается задача создания условий для здорового развития каждого ребенка с рождения. Она интерпретируется как обеспечение доступа всех категорий детей к качественным услугам и стандартам системы здравоохранения, средствам лечения болезней и восстановления здоровья, а также обеспечение надлежащих комплексных услуг и стандартов в сфере здравоохранения для детей с особыми потребностями.

Практическое решение такой задачи предполагает изучение механизмов, обеспечивающих доступность медицинской помощи детям, имеющим врожденные или приобретенные нарушения здоровья, которые формируют инвалидность, ее критериев и ограничений.

Согласно статистике число детей-инвалидов в России составляет 60 случаев на 10 000 населения. Среди детей-инвалидов 47,5% дошкольного возраста и 52,5% - школьного возраста. В настоящее время в

России возрастает доля детей, имеющих врожденные или приобретенные патологии развития⁵¹.

Анализ мнений родителей о том, что затрудняет получение ими своевременной медицинской помощи для инвалида, показал, что ими выделяется две группы факторов. Первую группу образуют факторы, связанные с особенностями положения их семьи. В частности, территориальная удаленность проживания семьи от места расположения медицинского учреждения (примерно половина опрошенных указала этот фактор).

Трудовая занятость обоих родителей (опекунов) и невозможность в связи с этим регулярно посещать медицинское учреждения с инвалидом (это отметил каждый четвертый респондент), наличие других детей в семье, невозможность оставить домашнее хозяйство, особенно для семей, проживающих в сельской местности, недостаток материальных средств для проезда к месту расположения медицинского учреждения и т.п.

Другая группа факторов связана с медицинским учреждением, обеспечивающим медицинскую помощь, среди них основные трудности - запись на прием к необходимому специалисту. Поскольку прием, как правило, расписан на несколько недель вперед, сложности, связанные с тем, чтобы дозвониться до регистратуры медицинского учреждения, отсутствие полной информации о деятельности нужного специалиста, неудобное расположение отделений медицинского учреждения в городе, где оно находится. Территориальная отдаленность отделений вызывает трудности добраться до них на общественном транспорте, особенно с ребенком, например с синдромом ДЦП.

Среди параметров доступности были выделены и такие, как недоверие к специалистам, оказывающим медицинскую помощь в учреждениях по месту жительства семей и их желание получить помощь только в условиях

⁵¹ Старшинова А.В., Гоголева Е.А. Доступность медицинской помощи детям-инвалидам как актуальная социальная проблема: социологические основания анализа // Современные проблемы науки и образования. М.: РАЕ, 2015. № 2-2. С. 88-101

высокотехнологичного специализированного медицинского учреждения, необеспеченность территорий нужными специалистами.

Уровень оплаты и организации труда, типы взаимодействия персонала и руководителей медицинского учреждения были отнесены также к важным условиям, влияющим на обеспечение качественной медицинской помощи и на удовлетворенность потребителями услуг учреждения как составляющими критерия доступности, зависящими от самого медицинского учреждения.

Подводя итоги, стоит еще раз отметить, что все страны осуществляют социальное страхование в отношении социально незащищенных слоев населения (дети, пенсионеры). А важной составляющей финансирования и устойчивости системы здравоохранения являются показатели качества оказываемых услуг. По данным показателям наиболее развитой является система здравоохранения в США с их частными вливаниями. При этом объемы охвата населения услугами здравоохранения выше в странах с социально-страховой и бюджетной моделью финансирования.

Уровень качества медицинского обслуживания в России указывает в целом на действенность имеющейся системы, но существует ряд проблем, который в условиях финансового кризиса все больше выявляются. Доступность, как основной целевой ориентир формирования системы здравоохранения в России, в целом не достигнут. Это связано как с обеспечением всеобщей доступности - недостаточность врачей, отсутствие реального выбора врача, лечебного учреждения; так и частных случаев - доступность в сельской местности; для инвалидов. Качество оказания медицинской помощи также не достаточно высокое.

Все это говорит о том, что организация медицинского страхования в России, а главное ее экономическое содержание, не совершенна и требует реформирования. Далее рассмотрим направление комплексного развития системы ОМС в Российской Федерации.

3 Направление комплексного развития системы обязательного медицинского страхования в России

3.1 Основные проблемы системы финансирования обязательного медицинского страхования

Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования является одной из первоочередных задач государства. Экономическая проблема медицинского страхования содержит ряд ключевых аспектов.

Недостаточное финансирование системы ОМС, в некоторых субъектах Федерации варьируется от 50 до 70%, подвергает к нестабильности экономическую возможность направленную на создание Базовой программы ОМС по ее финансированию, что, в свою очередь, ведет к росту неформальных платежей населения. Так, появляется необходимость среди субъектов России в выравнивании финансирования программы обязательного медицинского страхования, которое достигается с помощью централизации финансовых ресурсов для последующего их распределения между нуждающимися в дотациях регионами⁵².

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи утверждается ежегодно Постановлением Правительства РФ. Программа предусматривает предоставление определенных видов бесплатной медицинской помощи населению, в рамках Базовой программы ОМС, за счет средств бюджетов всех уровней, а также содержит нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской и подушевые нормативы финансирования.

Если воспринимать сбор средств в системе страхования только в виде единого социального налога, то это может привести к тому, что, с одной стороны, может произойти увеличение финансовых ресурсов, в виде налоговых выплат, а с другой, исключается участие граждан в системе мед.

⁵²Бахматов С.А., Чипизубова А.С. Проблемы и перспективы обязательного медицинского страхования в России // Известия ИГЭА. Иркутск: БГУ, 2014. №4. С.12-15

страхования, так как страховой платеж заменен налоговым взносом работодателем. Так, получается, что застрахованные граждане, в системе медицинского страхования, выступают в виде пассивных потребителей, за которых все решено.

На практике получается, что в создании денежных ресурсов в данной системе не принимают участия представители медицинской сферы и застрахованные лица. Перераспределение собранных средств, по своей сути, ни чем не отличается от распределения бюджетных ресурсов. Социальная система медицинского страхования, в обязательном порядке, должна обладать прозрачностью всех финансовых операций⁵³.

Так же оказывают влияние на финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования внешние факторы. На данный момент они играют главенствующую роль. Определяются они состоянием экономики и направлениями государственной политики в области здравоохранения. Их также можно разделить на экономические и организационно-правовые.

Экономические факторы напрямую связаны с состоянием экономики страны в целом. Падение объемов производства, закрытие и ликвидация предприятий, кризис неплатежей, разрыв хозяйственных связей приводят к сокращению поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Поэтому не случайно реализация закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» привела к трудноразрешимому соединению предусмотренного законом рыночного механизма со следующими принципами⁵⁴:

- с территориальным принципом сбора страховых взносов и финансирования;
- с социально-гарантированным характером обязательного

⁵³ Илясова Е. Проблемы и перспективы финансового развития отрасли обязательного медицинского страхования в России / Сборник «Пути совершенствования системы финансирования здравоохранения в России». Тамбов: ТГУ имени Г.Р. Державина, 2013. С.18-28.

⁵⁴ Шахвердиева З. М. Анализ проблем обеспечения устойчивости медицинского страхования // Транспортное дело России. М.: Морские вести России, 2013. №5. С.72-74.

медицинского страхования, предполагающим всеобщность, независимость от социального положения.

Сегодня основными плательщиками страховых взносов в федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования являются организации, учреждения, предприятия независимо от форм собственности и организационно-правовых форм деятельности, а также иные хозяйствующие субъекты. В число плательщиков также входят и органы исполнительной власти, осуществляющие платежи по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения (детей, учеников школ, пенсионеров, зарегистрированных безработных и других категорий) с учетом территориальных программ обязательного медицинского страхования.

При этом страховые тарифы взносов в фонды обязательного медицинского страхования установлены общими законами о тарифах страховых взносов в государственные внебюджетные социальные фонды. От уплаты страховых взносов освобождены общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия, объединения, созданные для осуществления их уставных целей⁵⁵.

Существует перечень выплат, на которые не начисляются страховые платежи в фонды обязательного медицинского страхования:

- премии единовременного характера, не связанные с производственными результатами, выплачиваемые за счет прибыли;
- компенсация за отпуск, выходное пособие при увольнении;
- аренда, перевозка (по договорам гражданско-правового характера);
- суточные и квартальные при командировках (выплаты сверх норм);
- выплаты социального характера (за счет чистой прибыли):

⁵⁵Королева М.Л. Вопросы исчисления и уплаты страховых взносов в государственные внебюджетные фонды // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2014. №1. С.16-22.

стоимость путевок на санаторно-курортное лечение;

- материальная помощь, выплачиваемая работникам на покрытие потерь в результате пожара, хищения имущества, увечья, на погребение работника или его родственников;

- материальная помощь по другим обстоятельствам; единовременные премии при выходе на пенсию; оплата проездных билетов, путевок, питания сотрудников; оплата содержания в детских дошкольных учреждениях и обучения;

- возмещение расходов по проезду, провозу имущества и найму помещения при переводе или переезде на работу в другую местность.

Страховые взносы в фонды обязательного медицинского страхования перечисляются предприятиями и организациями в те же сроки, что и взносы в другие государственные фонды социального страхования и обеспечения, а именно ежемесячно в срок, установленный для выдачи заработной платы⁵⁶.

Финансовые санкции к плательщикам взносов в фонды применяются в тех же случаях, что и к плательщикам взносов в Пенсионный фонд России, но существуют некоторые особенности в отношении уплаты пени:

- за отказ от регистрации - при обнаружении этого нарушения плательщик уплачивает штраф в размере 10% причитающихся к уплате сумм страховых взносов;

- за непредставление в установленные сроки расчетной ведомости по страховым платежам - необходимо будет уплатить штраф в размере 10% причитающихся к уплате в отчетном квартале сумм страховых взносов;

- за нарушение установленного срока уплаты взносов;

- за сокрытие или занижение плательщиком взносов сумм, на которые должны начисляться взносы.

При выявлении этих нарушений плательщика взыскивается вся сокрытая сумма, штраф в размере этой же суммы и пеня. Штраф

⁵⁶Обущенко Т.Н. Проблемы финансирования медицинской помощи // Вестник ВУиТ. Тольятти: ВУиТ. 2014. №2. С.65-71.

взыскивается в двойном размере в случае повторного нарушения⁵⁷.

Невнесенная сумма считается недоимкой и взыскивается с начислением пени. Недоимкой считается и сумма задолженности, выявленная при проверке плательщика страховых взносов. Пеня начисляется в размере 1% с суммы недоимки за каждый день просрочки по взносам работодателей и иных плательщиков. Если в просрочке платежей выявлена вина банков, то они уплачивают пени тоже в размере 1%. Пеня начисляется, начиная со следующего дня по истечении срока уплаты и по день уплаты включительно.

Чрезмерно выплаченная сумма взносов зачисляется в счет следующих платежей или возвращается плательщику. Финансовые санкции взыскиваются с предприятий в бесспорном порядке, в течение 3-х лет с момента возникновения недоимки.

Система организована так: сначала все взносы централизуются в Федеральном фонде ОМС, а затем распределяются по территориальным фондам. Тем самым деньги совершают много лишних движений, что создает много возможностей для различного рода законных и незаконных действий. В результате оказалась практически нежизнеспособная смесь бюджета и страхования, государственного и частного, Сложилось такая ситуация, когда Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на самом деле по сути ничего не гарантирует⁵⁸.

При всем при этом, размер реального финансирования медицинской помощи сокращается: доходы и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников, из-за необходимости сплошного документирования (регистрации, учета, оплаты) и экспертизы медицинских услуг, проведения многочисленных проверок, возможность для коррупции и

⁵⁷ Королева М.Л. Вопросы исчисления и уплаты страховых взносов в государственные внебюджетные фонды // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2014. №1. С.16-22.

⁵⁸ Проблемы обязательного медицинского страхования в России и пути их решения [Электронный ресурс] // Медицинский портал. URL: <http://www.eurolab.ua/insurance-in-russia/4555/4560/41499> (дата обращения: 03.04.2017)

нецелевого расхода средств из-за сложности и низкой прозрачности страхования. Интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и так далее.

В результате, на прямые и косвенные расходы, никак не связанных с оказанием медицинской помощи пациентам, расходуется до 20% средств ОМС, из которых ежегодно 53 млрд. руб. непосредственно тратится на содержание страховых медицинских организаций, которые получают дополнительно половину из налагаемых штрафов на работу лечебно-профилактических учреждений⁵⁹.

Так, согласно закону N 326-ФЗ, страховщики могут увеличить свой доход за счет некачественной работы медицинских учреждений, за нанесение вреда пациенту, то есть быть экономически заинтересованными не в улучшении работы медицинских учреждений, а, напротив, в ухудшении их работы.

Из закона не видно, каким образом застрахованный может выбрать или менять страховую медицинскую компанию, выбирать врача или медицинское учреждение (особенно в сельской местности), что делает закон больше декларативным, чем действенным.

Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходит в условиях, когда в стране нет возможности для конкуренции медицинских учреждений и выбора врача или медицинского учреждения, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл. Работодатели как страховщики бесправны, они не могут повлиять на эффективность использования уплачиваемых страховых выплат и в соответствии с законом имеют только право получать определенную информацию от страховщика.

Таким образом, недостатками существующей гибридной бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения, многие из которых

⁵⁹Комаров Ю.М. Как нам дальше развивать здравоохранение? // Медицина. М.: Инновационные социальные проекты, 2016. №1. С.41-57.

глобальные, являются⁶⁰:

- это не страхование (отсутствует страховая риск), а целевой налог; большинство врачей страны не понимают саму систему ОМС и зачем она нужна;

- модель во всем мире неэффективная и затратная, требующая постоянного роста расходов;

- страховые медицинские организации представлены у нас не в виде страховщиков (страховщик там ФОМС), а в качестве посредников;

- они экономически заинтересованы в плохой работе медучреждений (ФЗ №326);

- тариф не связан с риском страхового случая, тариф не покрывает все расходы;

- все участники процесса, включая медицинские организации, заинтересованы в росте числа пациентов, в том числе тяжелых, что противоречит интересам государства;

- все участники процесса заинтересованы в росте числа предоставляемых медицинских услуг, но не заинтересованы в их результатах, то есть в том, чтобы лечить, а не в том, чтобы вылечить, что приводит к значительному завышению затрат;

- отсюда невыгодность профилактики, раннего выявления и своевременного лечения, борьбы с социальными болезнями и приписки.

Ни какими внешними изменениями, ни кардинальными улучшить существующую модель ОМС практически невозможно.

⁶⁰ Илясова Е. Проблемы и перспективы финансового развития отрасли обязательного медицинского страхования в России / Сборник «Пути совершенствования системы финансирования здравоохранения в России». Тамбов: ТГУ имени Г.Р. Державина, 2013. С.18-28.

3.2 Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации

На основе анализа ситуации в стране в начале XXI века были приняты два основополагающих документа:

- Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. (указ Президента РФ № 1351 от 9 октября 2007 г.)
- Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. (распоряжение Правительства РФ № 1662-р от 17 ноября 2008 г.)

Все расчеты Концепции развития здравоохранения до 2020 года посчитаны, исходя из параметров, по которым посчитана концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года, потому что это взаимосвязанные между собой документы.

Утвердить Концепцию развития здравоохранения планировалось еще в 2009 году, однако на начало 2011 года она все еще не утверждена (хотя и прошла парламентские слушания в Госдуме в январе 2009 года). Тем не менее, она уже начала работать.

Обеспечить население бесплатной, гарантированной государством, качественной медицинской помощью это является главной целью программы⁶¹.

Дополнительные цели Концепции развития здравоохранения:

- превышение финансирования здравоохранения к 2020 году 5% от ВВП;
- остановка убыли населения к 2011 году и доведение численности до 145 млн. человек к 2020 году;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет.

⁶¹Обущенко Т.Н. Реформирование системы обязательного медицинского страхования // Вестник СамГТУ. Самара: СамГТУ, 2014. №2. С.120-126.

- снижение общего коэффициента смертности до 10 (число умерших от всех причин на 1000 человек в год).
- формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения.

Совершенно конкретные цели определили задачи, направленные решить проблемы, лежащие в основе системы здравоохранения и невозможности достижения данных целей⁶²:

- создание условий, возможностей и мотивации населения к ведению здорового образа жизни;
- совершенствование системы организации медицинской помощи;
- конкретизация государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи;
- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;
- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы ОМС;
- повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации сотрудников к повышению качества работы;
- развитие медицинской науки;
- информатизация здравоохранения.

Все мероприятия, направленные на реализацию концепции, осуществляются в несколько этапов — обкатка в «пилотных» регионах (2010-2015) и последующее тиражирование по всей территории страны (2016-2020) с выходом на необходимые, с точки зрения эффективности, объемы мероприятий для достижения целевых значений.

Первое изменение, которое следует отметить, в рамках Концепции развития здравоохранения осуществлен с 1 января 2011 года переход на

⁶² Стародубов В.И., Сон И.М. Система обязательного медицинского страхования в России: состояние, развитие, проблемы и перспективы // Медицина катастроф. М.: ВЦМК "Защита, 2013. №2. С.25-31.

преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи — через систему обязательного медицинского страхования (Федеральный закон № 326 от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»). Данное положение существенно централизует систему финансирования медицинских организаций и оказания медицинской помощи. При этом всеобщая гарантия доступности и равные объемы страхования предполагают не целевое страхование (страхование отдельного субъекта – страховщика), а перераспределение средств поступающих в рамках ОМС⁶³.

Для решения данной проблемы предлагается:

1. Конкретизировать систему формирования государственных гарантий, законодательно разложить «кто за кого и сколько платит», ввести критерии и порядок оценки эффективности и, самое главное, установить ответственность за неисполнение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

2. Принятый Правительством норматив финансовой поддержки должен быть обеспечен на всей территории России. То есть минимум должен быть обеспечен на всей территории страны. При этом норматив на душу населения, установленный Правительством, должен рассчитываться с учётом стандартов медицинской помощи. Это базовый минимальный пакет государственных гарантий.

3. Также создается Федеральный финансовый фонд, который специально разработан для выравнивания финансовых ситуаций между регионами (федеральная доплата дефицитарным регионам).

4. Доплачивать за лечение, которое будет выходить за рамки государственных гарантий, придется гражданам. Но теперь через кассу, и вполне официально. Для этого введены новые организационно-правовые формы медицинских организаций (автономные организации).

⁶³ Старченко А.А. Концепция развития здравоохранения: проблемы, недостатки и предложения по модернизации системы обязательного медицинского страхования // Вестник Росздравнадзора. М.: НЦЭСМП, 2012. № 4. С.20-26.

В отношении финансирования различных форм медицинских учреждений положения Концепции указывают⁶⁴:

1. В сфере здравоохранения казенными останутся психиатрические стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением, лепрозории и противочумные учреждения. Казенные учреждения, как и раньше, будут финансироваться по смете и, в отличие от автономных, не будут отвечать по своим обязательствам имуществом.

2. Большая часть лечебно-профилактических учреждений, сохранив наименование бюджетных, по статусу приравнена к автономным. Автономные учреждения будут получать бюджетные субсидии на соответствующее государственное задание. Субсидии будут учитывать все расходы на содержание зданий, имущество, стоимость услуг, оплату персонала и так далее.

Фактически это означает легализацию платных услуг. Поскольку, выполнив государственное задание, подкрепленное соответствующими субсидиями, лечебно-профилактическое учреждение будет «выброшено» на рынок, и будет нести ответственность своим имуществом. Но есть два условия:

- приносящая доход деятельность должна служить целям, ради которых создано учреждение;
- платные услуги можно выполнять только сверх установленного государственного задания, а также в его рамках, если это установлено в законе.

Должны заработать рыночные (конкурентные) механизмы, а именно⁶⁵:

1. Основанный на рейтингах выбор лечебно-профилактического учреждения осуществляющийся гражданами (когда это возможно). В

⁶⁴ Ляхова Н.И., Асланян Ю.С. Пути реформирования фонда обязательного медицинского страхования в России // Сборник материалов одиннадцатой Всероссийской научно-практической конференции, с международным участием «Современные проблемы горно-металлургического комплекса». Старый Оскол: СТИ им. А.А. Угарова, 2014. С.178-182.

⁶⁵ Илясова Е. Проблемы и перспективы финансового развития отрасли обязательного медицинского страхования в России / Сборник «Пути совершенствования системы финансирования здравоохранения в России». Тамбов: ТГУ имени Г.Р. Державина, 2013. С.18-28.

открытом доступе будут представлены сведения о квалификации медицинского персонала, рейтинге учреждений (самые лучшие, самые худшие), информирующие пациента о качестве работы заведения.

2. Там, где это возможно (например, в крупных городах) лечебно-профилактические учреждения будут создавать конкуренцию между собой по критерию качества для получения государственного заказа.

3. Финансирование медицинских учреждений и оплата труда медицинских работников должны быть связаны с объемами и качеством оказанной медицинской помощи. Уменьшение объема, снижение качества оказываемых услуг пропорционально уменьшают финансирование.

Для решения проблемы доступности медицинской помощи в сельской местности предполагается, что система общей врачебной практики будет наиболее удобной формой обслуживания жителей малонаселенных районов. И именно в удаленных районах и в сельской местности министерство здравоохранения надеется развить эту систему. При этом более сложные случаи будут решаться в крупных региональных центрах региона. В сущности данная система уже вводится и действует во многих регионах, а доступность услуг узких специалистов дополняется выездными мероприятиями.

Однако, в соответствие с текущей системой финансирования основные доходы медицинских учреждений формируются за счет средств ОМС, которые не приравниваются к бюджетным. То есть уже данное положение противоречит существующей системе. С другой стороны неизменными остаются принципы доступности и качества предоставления медицинских услуг, которые гарантируются государственным заданием и объемами финансирования, сохраняется система конкуренции между медицинскими учреждениями .

В результате рассуждений можно прийти к выводу, что по факту существующая система ОМС относится к бюджетной: государство жестко декларирует объемы страхования (даже в отличие от автострахования нет

вариантов и различных программ по категориям населения и так далее), условия предоставления услуг (принцип выбора малореализуем и применяется на практике).

3.3 Направления развития системы ОМС и ее финансовая устойчивость

Обращаясь к мировому опыту медицинского страхования, можно сделать следующий вывод о том, что модели финансирования здравоохранения будут иметь больший успех, если будут адаптированы к современным рыночным условиям, и будут реализованы через институт медицинского страхования.

В России система ОМС была создана в 90-е годы, когда государственный бюджет был крайне дефицитным и таким образом, государство перекладывало нагрузку на население страны по обеспечению медицинских услуг. Однако, текущий опыт в области здравоохранения, а также пенсионного обеспечения, показывает, что в отличие от демократической политики 90-х годов, Правительство централизует свои функции. Это прослеживается как на примере консолидации средств пенсионных отчислений, так и управления медицинскими учреждениями⁶⁶.

Факторы, влияющие на финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования⁶⁷:

- объем взносов за работающее и платежей - за неработающее население;
- объем регистрации плательщиков;
- объем программы ОМС и ее стоимость;
- размер региональных дифференцированных подушевых нормативов;
- себестоимость медицинских услуг;

⁶⁶ Козлова Е.В. Основы социального и пенсионного страхования в России: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2016. 256 с.

⁶⁷ Гура Г.М. Обязательное медицинское страхование: возможности и перспективы // Территория науки. Воронеж: ВЭПИ, 2014. №6. С.88-94

- коэффициенты индексации тарифов на медицинские услуги;
- способы оплаты медицинской помощи;
- объем, виды и технологии оказываемой медицинской помощи;
- эффективность кредитно-инвестиционной деятельности фонда, страховых медицинских организаций;
- величина страховых резервов, правила их накопления и использования;
- объем финансовых средств используемых целевым назначением;
- частота наступления страхового события (заболеваемость по обращаемости, необходимость проведения профилактических мероприятий).

В связи с ранее обозначенными проблемами и выводом о неэффективности системы предлагается ее изменение с резким увеличением доли бюджетной составляющей.

Переход от социального страхования к преимущественно бюджетному финансированию в разных модификациях произошел во многих странах после 2-й мировой войны. Бюджет применяется в Великобритании с 1948 г., Канаде, Испании с 1986 г., Австралии, Дании с 1973 г., Норвегии, Швеции, Финляндии, Новой Зеландии, Исландии, Италии с 1980 г., Ирландии с 1971 г., Португалии с 1979 г., Греции с 1983 г. В отличие от стран с медицинским страхованием во всех указанных выше странах основная квалифицированная помощь оказывается на догоспитальном этапе и потому в ПМСП там заняты до 50% всех врачей⁶⁸.

Основными особенностями, которые позволят обеспечить обозначенные выше принципы (выбора врача и учреждения, контроля со стороны населения, конкуренции между учреждениями) предлагается определить:

- демократичность, предполагающая участие граждан и медицинской общественности в решении проблем здравоохранения (в виде

⁶⁸Комаров Ю.М. Как нам дальше развивать здравоохранение? // Медицина. М.: Инновационные социальные проекты, 2016. №1. С.41-57.

наблюдательных и попечительских советов) с контролем со стороны гражданского общества, как это обозначено в статье 4 Декларации ВОЗ по ПМСП (1978 г.);

- разумное сочетание централизации с децентрализацией оказания медицинской помощи гражданам;
- отсутствие (смягчение) признаков мобилизационно-авторитарной и административно-командной системы;
- создание сети частных клиник и развитие добровольного медицинского страхования, в том числе создание выделенных частных отделений на базе государственных учреждений с целью оказания дополнительных услуг, которые не дублируют услуги по государственному обеспечению (психолого-педагогическая поддержка, физическая подготовка детей (вне рамок реабилитации));
- переход от единых для страны нормативов к дифференцированным по регионам с учетом местных особенностей в оказании медицинской помощи.

Под децентрализацией понимается передача полномочий или власти с более высокого на более низкий уровень управления, хотя отдельные элементы и функции могут быть централизованными. Однако, центральная администрация находится слишком далеко от конкретных потребителей медицинской помощи и потому принимаемые сверху меры не всегда соответствуют пожеланиям и потребностям населения⁶⁹.

Децентрализация является важной политической целью, поскольку именно на местном уровне создаются все условия жизни людей, она предусматривает участие населения в решении местных проблем здравоохранения, предполагает опору местных органов на собственные силы, способствует совершенствованию подотчетности чиновников.

⁶⁹Проблемы обязательного медицинского страхования в России и пути их решения [Электронный ресурс] // Медицинский портал. URL: <http://www.eurolab.ua/insurance-in-russia/4555/4560/41499> (дата обращения: 03.04.2017)

Изложенные принципы подобной модели не будут значительно отличаться от существующих бюджетных систем в других развитых странах. В то же время они будут отличаться и от страховых моделей, в том числе вследствие:

- гораздо меньших расходов при лучших управляемых показателях результативности;
- меньших административных издержек;
- большей доступности медицинской помощи, независимо от места проживания граждан;
- лучших управляемых показателей;
- системности бюджетной модели (система проще, понятнее и прозрачнее без посредников);
- многоуровневости, этапности и преемственности медицинской помощи;
- государственной ответственности по типу содержания армии, полиции, противопожарной службы и так далее;
- превалирования социальных и национальных приоритетов;
- снижения градуса некомпетентности и непрофессионализма;
- заинтересованности (в т.ч. государства) в росте числа здоровых, а не больных;
- устранения рыночной терминологии: услуги, тарифы, оплата за пролеченного больного, деньги следуют за пациентом и так далее;
- перевода здравоохранения из экономической в социальную сферу, приостановления «ползущей» коммерциализации;
- акцентирования усилий на правильно организованной ПМСП и муниципальном уровне, а не на специализированной стационарной помощи и ВМП.

Доказательством этому может служить проведенный сравнительный анализ стран с государственно-бюджетным финансированием

здравоохранения и стран с системой медицинского страхования, который показал, что в группе стран с бюджетным финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности⁷⁰.

Организационные особенности перехода на новую модель могут быть выстроены на основе существующей инфраструктуры:

- финансирование будет из налогов, а так называемый страховой взнос (5,1% от Фонда оплаты труда) становится целевым налогом, второй вариант – определение в качестве налога суммы соизмеримой текущей стоимости страхования государства на одного гражданина (в зависимости от группы (дети, взрослые));

- коммерческие СМО будут заниматься только слабо развитой системой ДМС;

- территориальные фонды ОМС в усеченном виде переходят в состав органов здравоохранения в качестве финансового департамента;

- частные клиники, независимые от государства, будут конкурировать между собой и с государственными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями, но работать по единым стандартам, клиническим рекомендациям и локальным протоколам.

Прозрачность и финансовая устойчивость предлагаемой системы заключается еще и в том, что налоговые взносы могут быть выстроены вне зависимости от регистрируемых доходов населения, то есть совершенно в открытом виде в процесс финансирования социального блага (медицинское обслуживание) включаются все представители общества. Для решения принципа социальной защищенности такой подход не исключает возможности выделения отдельных социальных групп, которые по

⁷⁰Комаров Ю.М. Как нам дальше развивать здравоохранение? // Медицина. М.: Инновационные социальные проекты, 2016. №1. С.41-57.

определенным причинам могут быть полностью или частично освобождены от уплаты налога⁷¹.

Проведенные исследования проблем финансовой устойчивости и положений Концепции развития здравоохранения показали, что существующая модель ОМС является не эффективной и по факту представляет собой бюджетную.

Реорганизация и модернизация в текущих экономических условиях, особенностях географии, демографии видятся малоэффективными. Поэтому предложено перейти на бюджетной модели финансирования с возможностью предложения дополнительных услуг в рамках платной оплаты или услуг ДМС.

Рассмотрим на примере педиатрического отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ», где в качестве направлений увеличения финансовой устойчивости проводятся следующие мероприятия:

1. Увеличение числа платных услуг:

- проведение вакцинации импортными вакцинами, приобретенными за счет средств поликлиники;
- прием неприкрепленных лиц, иностранных граждан;
- оформление в ускоренные сроки и вне очереди документов в детские образовательные учреждения.

2. Увеличение услуг в рамках системы ОМС:

- школа молодых мам.

Помимо этого можно предложить следующие методы, способствующие увеличению числа платных услуг:

- организация летнего лагеря с оказанием медицинских и профилактических услуг, педагогических услуг;
- предоставления услуг по ЛФК (фитбол-гимнастика), логопедическая помощь детям младшего возраста;

⁷¹Королева М.Л. Вопросы исчисления и уплаты страховых взносов в государственные внебюджетные фонды // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2014. №1. С.16-22.

– организация консультаций с предоставлением помещения для сторонних организаций. Примерные темы семинаров: «Кредиты для молодых семей» (для банков), «Льготы для многодетных семей», «Льготы для малообеспеченных семей» (для органов социальной защиты населения).

Увеличить количество оказываемых услуг в рамках ОМС можно за счет предоставления психолого-педагогической поддержки и консультаций родителям.

Обязательное медицинское страхование относится к самому действенному способу, по которому можно получить профессиональную медицинскую помощь. Для эффективного развития ОМС и для сохранения финансовой устойчивости можно предложить следующие решения:

- 1 – расширить перечень оказываемых услуг по ОМС;
- 2 – увеличить финансирование по ОМС;
- 3 – расширить перечень лекарственных препаратов и медицинских расходных материалов применяемых при оказании медицинской помощи по ОМС;
- 4 – необходимо снизить к минимуму посредников на схеме финансовых потоков от государства к страховым компаниям ОМС;
- 5 – увеличить страховые взносы от работодателей.

Система ОМС может эффективно развиваться исключительно при образовании здоровой конкуренции страховых и медицинских организаций, широкого внедрения принципов по страхованию.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ РАЗДЕЛА «СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

Студенту

Группа	ФИО
3-3Б2Б2	Левченко Айгуль Габдельбаровна

Институт	Электронного обучения	Кафедра	Экономика
Уровень образования	бакалавриат	Направление/специальность	38.03.01 Экономика

Исходные данные к разделу «Социальная ответственность»

<p><i>1. Описание рабочего места (рабочей зоны, технологического процесса, используемого оборудования) на предмет возникновения:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - вредных проявлений факторов производственной среды (метеоусловия, вредные вещества, освещение, шумы, вибрация, электромагнитные поля, ионизирующие излучения) - опасных проявлений факторов производственной среды (механической природы, термического характера, электрической, пожарной природы) - негативного воздействия на окружающую природную среду (атмосферу, гидросферу, литосферу) - чрезвычайных ситуаций (техногенного, стихийного, экологического и социального характера) 	<p>Работа выполнялась в кабинетах ГБУЗ «Городская поликлиника №66 ДЗМ». Рабочие зоны оборудованы необходимой оргтехникой.</p> <p>Описание рабочего места на предмет возникновения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вредных проявлений факторов производственной среды: в офисе установлено местное и общее освещение, электромагнитные поля на низком уровне, метеоусловия в норме. - опасных проявлений факторов производственной среды: установлена пожарная сигнализация, имеется запасной выход. <p>Рабочее место оборудовано в соответствии с нормами техники безопасности.</p>
--	---

<p><i>2. Список законодательных и нормативных документов по теме</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Трудовой кодекс РФ; 2 - ГОСТ Р ИСО 26000-2010 «Руководство по социальной ответственности»; 3 - SA 8000 – устанавливает нормы ответственности работодателя в области условий труда. 4 - Правила внутреннего трудового распорядка 5 - ГОСТ 12.1.005-88 ССБТ. Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны. 6 - СНиП II-4-79. Естественное и искусственное освещение. 7 - СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03. Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы. 8 - ГОСТ 12.0.003-74 ССБТ. Опасные и вредные производственные факторы. Классификация. 9 - ГОСТ 12.2.032-78 ССБТ. Рабочее место при выполнении работ сидя. Общие эргономические требования. 10 - СНиП 2.01.02-85 Противопожарные нормы.
--	---

Перечень вопросов, подлежащих исследованию, проектированию и разработке

<p><i>1. Анализ факторов внутренней социальной ответственности:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы корпоративной культуры исследуемой организации; - системы организации труда и его безопасности; - развитие человеческих ресурсов через обучающие программы и программы подготовки и повышения квалификации; - системы социальных гарантий организации; - оказание помощи работникам в критических ситуациях. 	<p>Анализ факторов внутренней социальной ответственности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - соблюдение техники безопасности, персонал проходит инструктаж по технике безопасности; - поддержание социально значимой заработной платы и стабильность выплаты заработной платы; - работники получают полный социальный пакет; - оказание помощи работникам в критических ситуациях; - развитие собственного персонала, повышение квалификации (обучение); - проведение оценки качества работы (опрос среди посетителей, оценка по результатам труда);
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - участие в конкурсе «Мой любимый доктор» и т.д. - повышение мотивации сотрудников к труду; - повышение технической оснащённости.
<p><i>2. Анализ факторов внешней социальной ответственности:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - содействие охране окружающей среды; - взаимодействие с местным сообществом и местной властью; - спонсорство и корпоративная благотворительность; - ответственность перед потребителями товаров и услуг (выпуск качественных товаров); - готовность участвовать в кризисных ситуациях и т.д. 	<p>Анализ факторов внешней социальной ответственности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - взаимодействие с местным сообществом и местной властью; - ответственность перед потребителями услуг; - оказание высококвалифицированной медицинской помощи населению; - проведение семинаров и консультаций на тему профилактики здоровья и здорового образа жизни; - готовность повышать качество обслуживания; - утилизация медицинских отходов с соответствием с законодательством.
<p><i>3. Правовые и организационные вопросы обеспечения социальной ответственности:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - анализ правовых норм трудового законодательства; - анализ специальных (характерные для исследуемой области деятельности) правовых и нормативных законодательных актов; - анализ внутренних нормативных документов и регламентов организации в области исследуемой деятельности. 	<p>Анализ правовых норм трудового законодательства – ТК РФ;</p> <p>Анализ внутренних нормативных документов и регламентов организации – устав предприятия, приказы, положения.</p>
Перечень графического материала:	
<i>При необходимости представить эскизные графические материалы к расчётному заданию (обязательно для специалистов и магистров)</i>	Таблицы

Дата выдачи задания для раздела по линейному графику	
---	--

Задание выдал консультант:

Должность	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
Старший преподаватель кафедры менеджмента	Феденкова Анна Сергеевна			15.03.2017

Задание принял к исполнению студент:

Группа	ФИО	Подпись	Дата
3-ЗБ2Б2	Левченко Айгуль Габдельбаровна		15.03.2017

4 Социальная ответственность в ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ»

В ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» нет четко структурированной работы с внешним окружением и стандартов социальной ответственности, поэтому в данном разделе представлен проект программы КСО.

В таблице 8 представлены миссия, стратегия и цели КСО для предприятия. Где миссия определена в соответствии с целью деятельности педиатрического отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ», стратегия – в соответствии с целью стратегического развития системы здравоохранения в России до 2020 г.

Таблица 8 – Определение целей КСО на предприятии

Миссия компании	Первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь детям, проживающим на территории муниципального образования «город Москва», от рождения до достижения ими 18 лет.	Цели КСО
Миссия компании	Первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь детям, проживающим на территории муниципального образования «город Москва», от рождения до достижения ими 18 лет.	- развитие собственного персонала; - повышение качества медицинского обслуживания; - обеспечение доступности высококвалифицированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям;
Стратегия компании	Совершенствование системы охраны здоровья граждан в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи	- стабильность и устойчивость развития организации в долгосрочной перспективе; - улучшение имиджа педиатрического отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» и системы здравоохранения в целом; - повышение уровня профилактических и доврачебных осмотров, услуг с целью повышения уровня здоровья детей

Данные цели являются частью стратегии развития здравоохранения в России поэтому они успешно могут быть интегрированы в текущую и стратегическую деятельность педиатрического отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ».

Педиатрическое отделение ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» в своей деятельности взаимодействует с большим количеством стейкхолдеров, оказывающих на результаты его деятельность.

В таблице 9 представлены основные стекхолдеры в зависимости от целей КСО.

Таблица 9 – Определение стекхолдеров программ КСО

№	Цели	Стекхолдеры
1	Развитие собственного персонала	- персонал организации; - студенты медицинских вузов и прочих специалистов; - образовательные организации (повышение квалификации)
2	Повышение качества медицинского обслуживания	- персонал организации; - руководство ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» - Департамент здравоохранения г. Москвы - Министерство здравоохранения
3	Обеспечение доступности высококвалифицированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям	- персонал организации - руководство ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» - Департамент здравоохранения г. Москвы - Министерство здравоохранения - спонсоры
4	Стабильность и устойчивость развития организации в долгосрочной перспективе	- руководство ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» - Департамент здравоохранения г. Москвы - Министерство здравоохранения
5	Улучшение имиджа педиатрического отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» и системы здравоохранения в целом	- руководство ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ» - жители микрорайона и пациенты в целом - социальные организации - рекламные агентства
6	Повышение уровня профилактических и доврачебных осмотров, услуг с целью повышения уровня здоровья детей	- персонал организации - жители микрорайона, потребители услуг - социальные организации - детские сады и школы микрорайона - спонсоры - Департамент здравоохранения г. Москвы - Департамент образования г. Москвы

К основным стекхолдерам по программе КСО является персонал организации, так как именно сотрудники отделения осуществляют непосредственную связь с потребителям услуг, обеспечивают их качество.

Также важную роль в деятельности педиатрического отделения играют вышестоящие структуры: руководство ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ», Департамент здравоохранения г. Москвы, Министерство здравоохранения, которые определяют финансовые и организационные возможности.

Потребители услуг – как непосредственные участники процесса осуществляют оценку качества и являются основным объектом, на который направления деятельность педиатрического отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ».

В качестве новых стекхолдеров можно выделить - социальные организации, детские сады и школы, Департамент образования г. Москвы. На базе детских садов и школ можно создавать кабинеты, лагеря, группы по профилактике здоровья, проводить семинары и тому подобное.

Взаимодействие с данными учреждениями позволяет охватить больше населения в рамках профилактической работы. Социальные организации и Департамент образования города могут стать соорганизаторами данных мероприятий или осуществлять их финансирование.

К социальным организациям отнесены:

- группы учреждений дополнительного образования, театральные студии, танцевальные клубы и тому подобное;
- социальные организации, оказывающие помощь незащищенным слоям населения.

Спонсоры – активные организации и лица, которые можно привлечь на взаимовыгодной основе:

- политические деятели и группы – финансирование, совместная организация мероприятий;
- местные предприниматели, детские учреждения – совместные мероприятия.

Рекламные агентства могут быть привлечены для реализации социальной рекламы.

В таблице 10 определены элементы программы КСО в соответствии со стекхолдерами.

Таблица 10 – Определение элементов программы КСО

№	Стекхолдеры	Описание элемента	Ожидаемый результат
1	Персонал организации	- проведение оценки качества работы (опрос среди посетителей, оценка по результатам труда) - повышение квалификации (обучение) - проведение выставки «Мой любимый доктор» и т.д.	- рост качества труда - повышение мотивации к труду
2	Студенты медицинских вузов и прочих специалистов	- приглашение на практику студентов с целью формирования кадрового резерва	- формирование кадрового резерва лучших выпускников
3	руководство ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ»	- выделение ресурсов	
4	Департамент здравоохранения г.Москвы	- финансирование социальных проектов - использование организационного ресурса для рекламной работы, повышения технической оснащенности	- рост технической оснащенности - дополнительное финансирование - повышение имиджа
5	Министерство здравоохранения	- финансирование социальных проектов - использование организационного ресурса для рекламной работы, повышения технической оснащенности	- дополнительное финансирование - повышение имиджа
6	жители микрорайона и пациенты в целом	- проведение оценки качества работы (опрос среди посетителей, оценка по результатам труда) - проведение выставки «Мой любимый доктор»	- рост качества труда и повышение мотивации к труду персонала - повышение имиджа организации
7	социальные организации	- проведение семинаров и спектаклей на тему профилактики здоровья и здорового образа жизни - организация досуга в летнем дневном оздоровительном лагере	- повышение уровня профилактики и доврачебных осмотров, - летнее оздоровление детей - повышение имиджа - дополнительное финансирование
8	рекламные агентства	- печать буклетов о летнем дневном оздоровительном лагере детей на базе поликлиники	- повышение имиджа организации - информирование об услугах
9	детские сады и школы микрорайона	- проведение семинаров и спектаклей на тему профилактики здоровья и здорового образа жизни	- повышение уровня профилактики и доврачебных осмотров, - повышение имиджа организации

Продолжение таблицы 10

10	спонсоры	- привлечение спонсоров для организации летнего дневного оздоровительного лагеря	- дополнительное финансирование
11	Департамент образования г.Москвы	- помощь в организации проведения семинаров и спектаклей на тему профилактики здоровья и здорового образа жизни	- организационная и финансовая поддержка

В таблице 11 представлен план расходов по мероприятиям.

Таблица 11 – Затраты на мероприятия КСО

№	Мероприятие (цели расходования)	Единица измерения	Цена	Стоимость реализации на планируемый год
1	проведение оценки качества работы, опрос среди посетителей, оценка по результатам труда (премии лучшим)	1 раз	300 тыс.руб.	300 тыс.руб.
2	проведение выставки «Мой любимый доктор» и т.д. (приобретение канцтоваров)	5 выставок	1 тыс.руб.	2 тыс.руб.
3	приглашение на практику студентов с целью формирования кадрового резерва	-	-	-
4	проведение семинаров и спектаклей на тему профилактики здоровья и здорового образа жизни	-	7 тыс.руб.	7 тыс.руб.
5	организация детского дневного оздоровительного лагеря (оплата услуг воспитателей, расходных материалов и т.д.)	3 смены	600 тыс.руб.	600 тыс.руб.
6	реклама детского лагеря	буклеты	2	2
			Итого	910

Тем самым план расходов составил 910 тыс.руб.

Детский лагерь: 3 смены по одной группе 15-20 детей. В стоимость детского лагеря включены услуги воспитателей (2 воспитателя), организация питания, развлекательные программы (выставки, конкурсы, расходные материалы). Медицинское обслуживание будет осуществляться в рамках ОМС.

Источники финансирования – привлеченные дополнительные средства спонсоров, социальных организаций, Министерств, ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ».

Эффект программ КСО по отношению к обществу представлен в таблице 12.

Таблица 12 – Оценка эффективности мероприятий КСО

№	Мероприятие	Затраты, тыс.руб.	Эффект для компании	Эффект для общества
1	проведение оценки качества работы	300	- повышение мотивации к труду	- повышение качества обслуживания
2	проведение выставки «Мой любимый доктор» и т.д.	2	- повышение мотивации к труду - формирование имиджа	- повышение качества обслуживания
3	приглашение на практику студентов с целью формирования кадрового резерва	-	- формирование кадрового резерва	- стабильный график работы - повышение качества обслуживания
4	проведение семинаров и спектаклей на тему профилактики здоровья и здорового образа жизни	7	- улучшение показателей качества - повышение имиджа организации	- повышение уровня профилактики здоровья и доврачебных осмотров - снижение заболеваемости
5	организация детского дневного оздоровительного лагеря	600	- улучшение показателей качества - повышение имиджа организации - рост предоставляемых услуг и дохода в рамках ОМС - повышение дополнительного финансирования в рамках проекта лагеря	- повышение уровня профилактики здоровья и доврачебных осмотров - снижение заболеваемости
6	реклама детского лагеря	2		- информирование

По сравнению с затраченными ресурсами эффект от реализации мероприятий является ощутимым и соответствует цели и миссии деятельности педиатрического отделения ГБУЗ «ГП№66 ДЗМ».

Заключение

Подводя итоги, стоит отметить, что на сегодняшний день получили распространение три основные модели систем здравоохранения, основанных на разных способах финансирования и формах организации оказания медицинских услуг: бюджетная, социально-страховая, частная.

В России реализуется социально-страховая модель, где граждане обязаны осуществлять страховые платежи с целью предоставления им медицинской помощи. От данных платежей освобождены дети, инвалиды, пенсионеры, неработающие граждане, оплату страховых выплат, за которых осуществляет государство.

Обязательное медицинское страхование является одной из форм социальной защиты граждан. Оно призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь в гарантированном объеме и качестве при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения. Цель ОМС - гарантировать гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия, а также повысить заинтересованность страхователя и застрахованного в повышении уровня здоровья.

В последнее время значительно обновлена законодательная база в сфере здравоохранения, ОМС, обращения лекарственных средств, борьбы с курением. Реализованы программы модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

Однако, анализ финансовой устойчивости системы, а также доступности и качества предоставляемых медицинских услуг выявил ряд некоторых проблем: недостаточность финансирования, сложные административные связи, практически полное отсутствие унификации правил и стандартов по разным территориям страны, необоснованное использование средств, приписки объемов указанных услуг и тому подобное.

Также наблюдается отсутствие должного контроля со стороны Минздрава и Фонда ОМС за реализацией программ, несовершенство нормативной правовой базы.

В целом, доступность, как основной целевой ориентир формирования системы здравоохранения в стране не достигнут. Это связано как с обеспечением всеобщей доступности (недостаточность врачей, отсутствие реального выбора врача, лечебного учреждения), так и частных случаев (доступность в сельской местности, для инвалидов). Проблемы реализации права страхования также нарушаются: есть лишь единый тариф и объем предоставляемых услуг по системе ОМС, который зачастую формально прописывает возможности выбора страховщика страховой компании, лечащего врача и поликлиники и прочее

Анализ положений Концепции развития здравоохранения показал, что в соответствие с текущей системой финансирования основные доходы медицинский учреждений формируются за счет средств ОМС, которые не в Концепции приравниваются к бюджетным. С другой стороны неизменными остаются принципы доступности и качества предоставления медицинских услуг, которые гарантируются государственным заданием и объемами финансирования, сохраняется система конкуренции между медицинскими учреждениями.

В ходе исследования, анализ деятельности ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» показал, что учреждение является конкурентоспособным лечебно-профилактическим предприятием, которое укомплектовано высококвалифицированными специалистами, использующими современные инновационные и управленческие технологии, обеспечивающие населению высокое качество медицинских услуг.

Детское отделение ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» ежегодно существенно перевыполняет план по оказанию услуг в рамках ОМС и держит выполнение платных услуг на хорошем уровне. Существенные превышения плановых

показателях свидетельствуют о превышении объемов работ сотрудниками учреждения, в связи с увеличением числа прикрепленных.

С увеличением тарифов, ростом перечня оказываемых услуг связан рост финансирования, что позволяет увеличить текущее финансирование расходов отделения: выплата заработной платы сотрудникам, лекарственное обеспечение.

В ходе исследований был сделан вывод, что текущая модель фактически является бюджетной, а реализация ее в форме страховой ведет к росту расходов на ее содержание, возникновению указанных выше проблем.

Предложено перейти на бюджетной модели финансирования с возможностью предложения дополнительных услуг в рамках платной оплаты или услуг ДМС.

Прозрачность и финансовая устойчивость предлагаемой системы заключается еще в том, что налоговые взносы могут быть выстроены вне зависимости от регистрируемых доходов населения и охватить всех граждан, сокращаются расходы на организацию системы финансирования, контроля.

Обязательное медицинское страхование относится к самому действенному способу, по которому можно получить профессиональную медицинскую помощь. Система ОМС может эффективно развиваться исключительно при образовании здоровой конкуренции страховых и медицинских организаций, широкого внедрения принципов по страхованию.

Важнейшей целью введения обязательного медицинского страхования населения является повышение качества медицинских услуг. Одним из путей достижения этой цели является создание механизма финансирования медицинской помощи, обеспечивающего действенные экономические стимулы качественной работы производителей медицинских услуг.

В связи с проблемами и выводом о неэффективности системы предлагается ее изменение с резким увеличением бюджетного финансирования, увеличения страховых взносов с работодателей и сокращения посредников на схеме финансов.

Список использованных источников

1. Антонова Н.Л. Становление практики обязательного медицинского страхования в России: проблемы и противоречия // Научные проблемы гуманитарных исследований. Пятигорск: ИРПРГ, 2011. №2. С. 230-235.
2. Архипов А. П. Социальное страхование. Здоровье, пенсии, профессиональные риски: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2015. 387 с.
3. Бахматов С.А., Чипизубова А.С. Проблемы и перспективы обязательного медицинского страхования в России // Известия ИГЭА. Иркутск: БГУ, 2014. №4. С.12-15.
4. Беккер П.Р. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России, проблемы и перспективы // Экономика и менеджмент: актуальные вопросы теории и практики. Н. Новгород: ННГАСУ, 2015. С.27-33.
5. Горностаева Я., Зимина А. Доступность и качество медицинских услуг как одна из насущных проблем современной системы здравоохранения в России / Материалы V Международной научно-практической конференции «Государственные проблемы модернизации национальной экономики». Тамбов: ТГУ имени Г.Р. Державина, 2016. С.126-132.
6. Гура Г.М. Обязательное медицинское страхование: возможности и перспективы // Территория науки. Воронеж: ВЭПИ, 2014. №6. С.88-94.
7. Гусева Н.К., Соколова И.А. Современные проблемы организации помощи сельскому населению // Медицинский альманах. Н. Новгород: НижГМУ, 2015. № 3. С.11-15.
8. Давыдова Ю.В., Ключина Е.А. Проблемы доступности и качества медицинского обслуживания // Саратовский научно-медицинский журнал. Саратов: СГМУ им. В.И. Разумовского, 2013. № 11. С. 68-73.

9. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. Волгоград: ВолгГМУ, 2012. № 2. С.54-55.
10. Доступность и качество российского здравоохранения [Электронный ресурс] // ВЦИОМ: Всероссийский центр изучения общественного мнения URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 08.04.2017)
11. Еругина М.В., Кром И.Л. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. М.: РАЕ, 2016. №5. С.76-84.
12. Жучков С.В. Особенности современного состояния правового обеспечения обязательного медицинского страхования в России // Вестник РГГУ. М.: РГГУ, 2014. №15. С.69-78.
13. Завершинская О.С. Исторические аспекты развития обязательного медицинского страхования в России // Сборник трудов конференции Инновации в формировании конкурентоспособного сельскохозяйственного производства. Оренбург: ОГАУ, 2011. № 5. С.64-66.
14. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 24.07.2009) [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_90/ (дата обращения: 04.04.2017)
15. Илясова Е. Проблемы и перспективы финансового развития отрасли обязательного медицинского страхования в России / Сборник «Пути совершенствования системы финансирования здравоохранения в России». Тамбов: ТГУ имени Г.Р. Державина, 2013. С.18-28.
16. Козлова Е.В. Основы социального и пенсионного страхования в России: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2016. 256 с.

17. Комаров Ю.М. Как нам дальше развивать здравоохранение? // Медицина. М.: Инновационные социальные проекты, 2016. №1. С.41-57.
18. Конституция Российской Федерации / Официальный текст с учетом поправок, внесенных в 2014 г. М.: Айрис-пресс, 2017. 64с.
19. Королева М.Л. Вопросы исчисления и уплаты страховых взносов в государственные внебюджетные фонды // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2014. №1. С.16-22.
20. Королева М.Л. Проблемы финансирования государственных учреждений здравоохранения // Научный вестник КГТУ. Кострома: КГТУ, 2015. №2. С.12-22.
21. Ляхова Н.И., Асланян Ю.С. Пути реформирования фонда обязательного медицинского страхования в России // Сборник материалов одиннадцатой Всероссийской научно-практической конференции, с международным участием «Современные проблемы горно-металлургического комплекса». Старый Оскол: СТИ им. А.А. Угарова, 2014. С.178-182.
22. Максимова Л.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // Медицинские технологии оценка и выбор. М.: Гелиос, 2014. №1. С. 37-44.
23. Обущенко Т.Н. Реформирование системы обязательного медицинского страхования // Вестник СамГТУ. Самара: СамГТУ, 2014. №2. С.120-126.
24. Обущенко Т.Н. Проблемы финансирования медицинской помощи // Вестник ВУиТ. Тольятти: ВУиТ. 2014. №2. С.65-71.
25. Павлюченко В. Г. Социальное страхование: учебник для бакалавров. М.: «Дашков и К°», 2015. 480 с.
26. Панковская Е.В., Козлова Е.В. Современные проблемы развития обязательного медицинского страхования в России // Международный студенческий научный вестник. М.: РАЕ, 2015. №4. С.38-45.
27. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017[Электронный ресурс] // Правовой сайт КонсультантПлюс

- URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/ (дата обращения: 05.04.2017)
28. Проблемы обязательного медицинского страхования в России и пути их решения [Электронный ресурс] // Медицинский портал. URL: <http://www.eurolab.ua/insurance-in-russia/4555/4560/41499> (дата обращения: 03.04.2017)
29. Сорокин Е.В., Ким В.О. Современные модели оценки качества медицинской помощи // Международный студенческий вестник. М.: РАЕ, 2016. №6 С.48-54.
30. Стародубов В.И., Сон И.М. Система обязательного медицинского страхования в России: состояние, развитие, проблемы и перспективы // Медицина катастроф. М.: ВЦМК "Защита, 2013. №2. С.25-31.
31. Старченко А.А. Концепция развития здравоохранения: проблемы, недостатки и предложения по модернизации системы обязательного медицинского страхования // Вестник Росздравнадзора. М.: НЦЭСМП, 2012. № 4. С.20-26.
32. Старшинова А.В., Гоголева Е.А. Доступность медицинской помощи детям-инвалидам как актуальная социальная проблема: социологические основания анализа // Современные проблемы науки и образования. М.: РАЕ, 2015. № 2-2. С. 88-101.
33. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 03.04.2017)
34. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 03.04.2017)

35. Федеральный закон от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений [Электронный ресурс] // Правовой сайт Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_100193/ (дата обращения: 03.04.2017)
36. Цыганова О.А., Ившин И.В. Медицинское страхование: Учебное пособие. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. 176 с.
37. Шаманова Л.В., Маслаускене Т.П. Проблемы медицинской помощи сельскому населению // Сибирский медицинский журнал. Иркутск: ИГМУ, 2010. № 6. С. 19-24.
38. Шахвердиева З. М. Анализ проблем обеспечения устойчивости медицинского страхования // Транспортное дело России. М.: Морские вести России, 2013. №5. С.72-74.
39. Юрова И.Ю. Сельское здравоохранение как международная проблема // Международный научно-исследовательский журнал. М.: МНИЖ, 2013. № 11 . С. 88-89.

Структура ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»

Приложение А
(обязательное)

