

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет» (национальный исследовательский университет)
Высшая школа экономики и управления
Кафедра «Экономическая теория, региональная экономика, государственное и муниципальное управление»

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой, д.э.н., профессор

_____/ В.С. Антонюк /

« ____ » _____ 2020 г.

Финансовое обеспечение реализации государственной политики в сфере здравоохранения (на примере Челябинской области)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ЮУрГУ – 38.03.04.2020.231.ВКР

Руководитель, к.э.н., доцент каф.

_____/ Т.М. Каретникова /

« ____ » _____ 2020 г.

Автор студент группы ЭУ – 454

_____/ В.И. Гареев /

« ____ » _____ 2020 г.

Нормоконтролер, ст. преподаватель

_____/ Т.С. Сурова /

« ____ » _____ 2020 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
1 РОЛЬ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НАЦИОНАЛЬНОЙ ЭКОНОМИКЕ	
1.1 Цели и инструменты государственной политики в сфере здравоохранения.....	10
1.2 Система финансового обеспечения сферы здравоохранения региона.....	25
2 ФОРМИРОВАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ	
2.1 Анализ обеспеченности населения региона услугами здравоохранения.....	44
2.2 Анализ финансирования сферы здравоохранения в регионе.....	70
3 ФОРМИРОВАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ	
3.1 Основные направления совершенствования управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения в регионе.....	95
3.2 Внедрение накопительных счетов ОМС.....	109
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	116
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	120

АННОТАЦИЯ

Гареев В.И. Финансовое обеспечение реализации государственной политики в сфере здравоохранения (на примере Челябинской области) / В.И. Гареев - Челябинск: ЮУрГУ, ЭУ-454,2020.- 123с., библиографический список – 30 наим.

Объектом работы анализ финансового обеспечения государственной политики в сфере социального развития.

Предметом исследования выступает совершенствование программного обеспечения социального развития региона.

Цель исследования заключается в анализе и оценке результативности социальных расходов бюджета Челябинской области.

В дипломном проекте рассмотрены функциональные и программные расходы регионального бюджета, определена структура и дана методика оценки расходов бюджета, проанализированы методы оценки результативности расходов регионального бюджета на финансовое обеспечение государственной политики в сфере социального развития.

ВВЕДЕНИЕ

Одним из главных показателей качества уровня жизни населения Российской Федерации является уровень развития здравоохранения в стране, так как, для реализации ее глобальных социальных, стратегических, экономических и политических целей необходимо сохранение и улучшение здоровья всех граждан Российской Федерации.

Основными целями государственной политики в сфере здравоохранения являются: снижение социальной напряженности посредством реализации прав граждан на получение качественной бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий, а также формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Под государственной политикой в сфере здравоохранения понимается система задач и целей, совокупность управленческих мер, решений и действий, направленных на обеспечение государственной бесплатной медицинской помощи в надлежащем объеме и соответствующего качества для снижения смертности, повышения рождаемости, увеличения продолжительности жизни населения страны.

Целью данной работы является разработка рекомендаций по совершенствованию управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения региона.

Достижение этой цели обеспечивается решением следующих задач:

- определить цели и инструменты государственной политики в сфере здравоохранения;
- раскрыть содержание финансового обеспечения сферы здравоохранения региона;

- проанализировать обеспеченность населения региона услугами сферы здравоохранения;
- проанализировать действующую практику финансирования сферы здравоохранения в регионе;
- определить основные направления совершенствования управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения в регионе.

Объектом исследования выпускной квалификационной работы является государственная политика в сфере здравоохранения Челябинской области.

Предмет исследования - экономические, организационные и управленческие отношения, возникающие в процессе реализации государственной политики в сфере здравоохранения Челябинской области.

1 РОЛЬ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НАЦИОНАЛЬНОЙ ЭКОНОМИКЕ

1.1 Цели и инструменты государственной политики в сфере здравоохранения

Здравоохранение – совокупность мер, инструментов и функций социального, политического, экономического, правового, медицинского, в том числе профилактического, научного характера, осуществляемые в целях сохранения социального и демографического благосостояния страны, путем профилактики заболеваний и предоставления медицинских услуг.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», здоровье определяется, как состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Основными принципами здравоохранения в России, являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Охрана здоровья в Российской Федерации не подвергается любым формам дискриминации и обеспечивает защиту от любых ее форм, т.е. государство

обеспечивает здравоохранение не зависимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

Целью государственной политики в сфере здравоохранения, является обеспечение профилактики заболеваний, предотвращении роста заболеваний, представляющих угрозу для окружающих, увеличении доступности медицинской помощи для населения, повышении эффективности и качества медицины, понижении уровня инвалидности, разработке и введении новых медицинских технологий и лекарственных средств.

Развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения в России, как важное направление обеспечения национальной безопасности, для осуществления которого проводится долгосрочная государственная политика в области охраны здоровья граждан. Стратегические цели государственной политики в сфере здравоохранения представлены на рисунке 1.

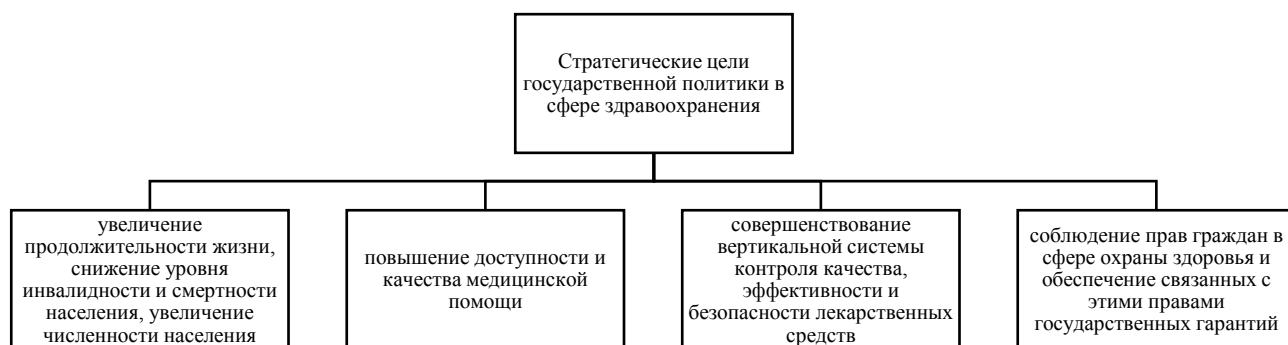


Рисунок 1 – Стратегические цели государственной политики в сфере здравоохранения

Рассмотрим инструменты реализации государственной политики в сфере охраны здоровья в РФ (рисунок 2).



Рисунок 2 – Инструменты реализации государственной политики в сфере здравоохранения

Лицензирование – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению (индивидуальному предпринимателю) на осуществление ею определенных видов медицинской деятельности и услуг.

Основными принципами, на которых базируется система лицензирования медицинской деятельности, являются: установление единого порядка лицензирования, лицензионных требований и условий, гласность, открытость и соблюдение законности при осуществлении лицензирования.

Лицензирование медицинской деятельности осуществляют лицензирующие органы.

Лицензионными требованиями, являются: наличие зданий, строений, сооружений и помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское или дополнительное медицинское образование.

Важным инструментом реализации государственной политики в сфере здравоохранения, является разработка рекомендаций, нормативов, норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения.

Нормы ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения рассчитываются с учетом нормативов объемов медицинской помощи в расчете на одного жителя (одно застрахованное лицо), установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской, а также порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

Расчет нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения при определении потребности в медицинской помощи и медицинских организациях, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, проводится в рамках разработки текущих и стратегических планов развития охраны здоровья в субъектах РФ.

Субъекты РФ на основании методических рекомендаций самостоятельно могут определять возможности использования нормативов и норм в зависимости от:

- особенностей половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;
- уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации;
- уровня и структуры смертности населения субъекта Российской Федерации;
- климатических и географических особенностей региона и транспортной доступности медицинских организаций;
- сбалансированности объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Другим инструментом в реализации государственной политики, применяется стандартизация в здравоохранении.

Стандартизацией является деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области посредством

установления положений для всеобщего и многократного использования в отношении реально существующих или потенциальных задач.

В таблице 1 представлены основные объекты стандартизации в здравоохранении.

Таблица 1 – Основные объекты стандартизации в здравоохранении

Основные объекты стандартизации	
1) организационные технологии	2) техническое обеспечение выполнения медицинских услуг
3) медицинские услуги	4) качество медицинских услуг
5) технологии выполнения медицинских услуг	6) квалификация медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала
7) производство, условия реализации, качество лекарственных средств и изделий медицинской техники	

Стандартизации подлежат практически все составляющие процесса оказания медицинской помощи (объекты стандартизации). Эффективное функционирование объектов стандартизации в процессе обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью возможно при наличии системы нормативных документов, разработка которых представляет собой важнейшую задачу в комплексе работ по стандартизации.

Нормативные документы системы стандартизации в здравоохранении направлены на обеспечение решения следующих задач:

- нормативного обеспечения реализации законов в области охраны здоровья граждан;

- создания единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно-обоснованных требований к их номенклатуре и объему;

- обеспечения взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи;

- установления требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, технической, технологической и

информационной совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, лекарственных средств и других компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи;

- нормативного обеспечения метрологического и точного контроля в здравоохранении;

- установления единых требований к аккредитации медицинских учреждений, подготовке и сертификации специалистов;

- нормативного обеспечения сертификации и оценки качества медицинских услуг;

- создания и обеспечения функционирования систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении;

- нормативного обеспечения надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов;

- экономии всех видов ресурсов;

- содействия обороноспособности и мобилизационной готовности страны.

Федеральным органом по стандартизации в здравоохранении является Министерство здравоохранения Российской Федерации. Минздрав России координирует работы по стандартизации в отрасли.

Контрольные функции за соблюдением стандартов медицинской помощи возложены на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Целью организации и проведения работ по стандартизации в здравоохранении является создание и развитие системы стандартизации в данной отрасли, как основы повышения качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий при решении задач сохранения и улучшения здоровья населения.

Система стандартизации в здравоохранении направлена на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и

сертификации, на повышение качества медицинской помощи, рациональное использование кадровых и материальных ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса, интеграцию отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Одним из действующих инструментов государственной политики в сфере здравоохранения, является государственное задание.

Государственное задание формируется в соответствии с основными видами деятельности, предусмотренными учредительными документами федерального государственного учреждения, с учетом предложений учреждения, касающихся потребности в соответствующих услугах и работах, оцениваемых на основании прогнозируемой динамики количества потребителей услуг и работ, уровня удовлетворенности существующими объемом и качеством услуг и результатов работ и возможностей учреждения по оказанию услуг и выполнению работ, а также показателей выполнения государственного задания в отчетном финансовом году.

Государственное (муниципальное) задание должно содержать:

- показатели, характеризующие качество, и объем оказываемых работ;
- порядок контроля за исполнением государственного задания, в том числе условия и порядок его досрочного прекращения;
- требования к отчетности об исполнении государственного задания.

Показатели государственного задания используются при составлении проектов бюджетов для планирования бюджетных ассигнований на оказание государственных услуг, для определения объема субсидий на выполнение государственного задания бюджетным или автономным учреждением.

Также к одному из инструментов, относятся государственные программы.

Государственная программа - документ стратегического планирования, содержащий комплекс планируемых мероприятий, взаимоувязанных по задачам, срокам осуществления, исполнителям и ресурсам, и инструментов государственной политики, обеспечивающих в рамках реализации ключевых

государственных функций достижение приоритетов и целей государственной политики в сфере социально-экономического развития и обеспечения национальной безопасности РФ.

Государственная программа содержит подпрограммы, включающие в себя соответствующие структурные элементы и федеральные целевые программы.

Структурные элементы подпрограммы:

– основные мероприятия федеральных органов исполнительной власти и иных главных распорядителей средств федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов;

– ведомственные целевые программы;

– федеральные проекты;

– отдельные мероприятия федеральных проектов (в том числе учитывающие потребности инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения (при необходимости)).

Разработка и реализация государственной программы осуществляются федеральным органом исполнительной власти либо иным главным распорядителем средств федерального бюджета, определенным Правительством Российской Федерации в качестве ответственного исполнителя государственной программы, совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти, иными главными распорядителями средств федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов - соисполнителями государственной программы и участниками государственной программы.

Государственные программы разрабатываются для достижения приоритетов и целей социально-экономического развития и обеспечения национальной безопасности Российской Федерации, определенных в стратегии социально-экономического развития Российской Федерации, отраслевых документах стратегического планирования Российской Федерации, стратегии пространственного развития РФ и основных направлениях деятельности

Правительства РФ на соответствующий период, исходя из положений федеральных законов, решений Президента РФ Правительства РФ.

При формировании государственных программ учитываются цели и задачи национальных проектов, реализуемых в соответствующих сферах.

Значения целевых показателей государственной программы должны формироваться с учетом параметров прогноза социально-экономического развития Российской Федерации.

При формировании целей, задач и основных мероприятий, а также характеризующих их целевых показателей (индикаторов) учитываются объемы соответствующих источников финансирования, включая бюджеты бюджетной системы Российской Федерации, внебюджетные источники, а также иные инструменты государственной политики, влияющие на достижение результатов государственной программы.

Национальный проект разрабатывается с учетом планирования значений целевых показателей, включения в национальный проект дополнительных показателей, позволяющих однозначно оценить достижение цели национального проекта, дополнения национального проекта в случае необходимости задачами, обеспечивающими достижение его целей и целевых показателей, детализации задач до результатов национального проекта, определения контрольных точек, подтверждающих получение результатов национального проекта, планирования мероприятий, направленных на достижение контрольных точек и в совокупности обеспечивающих получение результатов национального проекта, финансового обеспечения реализации национальных проектов за счет средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации с учетом разграничения полномочий между различными уровнями власти в Российской Федерации, а также за счет внебюджетных источников, определения персональной ответственности за достижение целей, целевых показателей, решение задач, достижение результатов и контрольных точек, выполнение мероприятий национальных и федеральных проектов.

Достижение целей, целевых и дополнительных показателей и решение задач национального проекта обеспечивается путем исполнения сводного плана мероприятий по реализации национального проекта, состоящего из планов мероприятий по реализации федеральных проектов.

Действующим законодательством о налогах и сборах предусмотрен ряд налоговых льгот, специально ориентированных на поддержку деятельности в сфере медицины и здравоохранения.

Налог – это обязательный, индивидуально безвозмездный платеж, взимаемый с организаций и физических лиц в форме отчуждения, принадлежащих им на праве собственности, хозяйственного ведения или оперативного управления денежных средств в целях финансового обеспечения деятельности государства и (или) муниципальных образований.

Налоговая база – элемент налога, функционирующий наряду с другими:

- субъектом и объектом;
- ставкой;
- учетным налоговым периодом;
- способом начисления;
- особенностями и сроками совершения налоговых платежей;
- возможными льготами.

Налоговая база характеризует объект, подлежащий налогообложению, с точки зрения количества, стоимости, физических свойств или других характеристик.

Налоговая база определяет единицы, в которых можно измерить объект налогообложения.

Предмет, с которого взимается налог, называется его объектом. В его качестве могут выступать различные активы и финансовые суммы, например доходы, поступления, прибыль, стоимость проданных товаров, плата, полученная за оказанную услугу или совершенную работу, совокупность дохода физического лица, собственное имущество, которым владеют организации и граждане, транспортные средства.

Таким образом, налоговая база – это величина, исходя из которой, рассчитывается сумма налога путем умножения налоговой базы на ставку налога.

Функции налогов:

- фискальная (формирование денежных доходов государства);
- экономическая (воздействие через налоги на общественное воспроизводство).

Специальные налоговые режимы предусматривают особый порядок определения элементов налогообложения, а также освобождение от обязанности по уплате отдельных налогов и сборов.

К специальным налоговым режимам относятся:

- 1) система налогообложения для сельскохозяйственных товаропроизводителей;
- 2) упрощенная система налогообложения;
- 3) система налогообложения в виде единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности;
- 4) система налогообложения при выполнении соглашений о разделе продукции;
- 5) патентная система налогообложения;
- 6) налог на профессиональный доход.

Налоговая льгота – преимущество, предоставляемое государством либо местным самоуправлением определённой категории налогоплательщиков, ставящее их в более выгодное положение в сравнении с прочими налогоплательщиками. Налоговые льготы являются одним из элементов налоговой политики и преследуют социальные и экономические цели.

Также, существует инвестиционный налоговый кредит, представляющий собой такое изменение срока уплаты налога, при котором организации предоставляется возможность в течение определенного срока и в определенных пределах уменьшать свои платежи по налогу с последующей поэтапной уплатой суммы кредита и начисленных процентов.

Инвестиционный налоговый кредит может быть предоставлен по налогу на прибыль организации, а также по региональным и местным налогам.

Получить такой кредит можно по следующим видам налогов:

- налог на прибыль;
- все местные и региональные налоги.

Срок отсрочки платежа составляет от 3 месяцев до 1 года. По истечении этого периода компания должна уплатить налог в полном объеме единовременным платежом или несколькими платежами (в формате рассрочки).

Рассчитывать на такую форму кредита компании могут при наличии одного из следующих условий:

- компания занимается производством товаров или услуг для военного комплекса страны;
- организация занимается разработкой программ по защите окружающей среды;
- в данный момент ведутся работы по оптимизации производства, созданию новых рабочих мест, привлечению иностранных инвестиций и т.п.;
- компания выполняет работы, которые имеют определяющее социальное и экономическое значение для региона;
- организация строит объекты с повышенной энергетической эффективностью.

Таким образом, налоговый кредит - изменение срока уплаты налога и его перенос на более поздний период.

Важным инструментом государственной политики в сфере охраны здоровья, является субсидирование.

Финансовое обеспечение государственного задания из бюджетов РФ всех уровней для бюджетных и автономных государственных учреждений утверждено своей. Так для финансирования бюджетных учреждений здравоохранения предусмотрены субсидии.

Бюджетным кодексом Российской Федерации обозначены следующие виды субсидий (рисунок 3).



Рисунок 3 – Виды субсидий для учреждений в здравоохранении

Субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания – это денежные средства, которые выделяются из бюджета на исполнение госуслуг.

В настоящее время размер субсидирования определяется путем суммирования нормативных затрат на оказание госуслуг, нормативных затрат на содержание недвижимого и особо ценного недвижимого имущества.

Совокупный объем финансирования складывается из следующих статей:

- нормативные затраты на оказание каждой услуги по государственному заданию, умноженные на объем этой услуги;
- нормативы на выполнение каждой работы, умноженные на ее объем;
- расходы на уплату налогов и коэффициент платных услуг (объект налогообложения – имущество организации).

Регламент перечисления средств бюджетным, автономным учреждениям указывается в соглашении о порядке получения субсидии. В соглашение вносится информация об общей сумме финансирования, а также об объемах и сроках субсидирования. Также к нему в обязательном порядке составляется неотъемлемое приложение — график перечисления субсидии на выполнение государственного задания. Организация-заказчик должна планировать закупки по данному источнику финансирования в соответствии с этим графиком.

В случае невыполнения учреждениями государственного задания или отдельных показателей у организации должны остаться неиспользованные деньги, которые необходимо перечислить обратно в бюджет.

Целевые субсидии предоставляются учреждению в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий год и на плановый период, и лимитов бюджетных обязательств, утвержденных в установленном порядке Министерству, в соответствии с соглашением о предоставлении субсидий из федерального бюджета на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание государственных услуг, заключаемым между Министерством и учреждением, в котором предусматриваются следующие условия:

- целевое назначение, условия, размер, сроки и порядок предоставления целевых субсидий;
- право Министерства на проведение проверок соблюдения учреждением условий, установленных указанным соглашением;
- порядок возврата сумм, использованных учреждением в случае установления по итогам проверок, проведенных Министерством, а также иными уполномоченными органами в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- форма, порядок и сроки предоставления отчетности об осуществлении расходов, источником финансового обеспечения которых являются целевые субсидии.

Бюджетные инвестиции — это государственные средства, направленные из государственной казны на реализацию важных проектов. Государство выступает не только в качестве регулятора инвестиционной деятельности в РФ. Оно также является и активным инвестором. Существует множество проектов, которые могут быть реализованы только с помощью федеральных средств. Благодаря бюджетным инвестициям, развивается инфраструктура, социальная сфера, предпринимательство.

Целью бюджетного инвестирования является создание мощностей для производства общественно полезных благ. Бюджетные инвестиции предоставляют государственным и частным учреждениям.

Наряду с субсидиями для государственных учреждений, существуют государственные кредиты.

Таким образом, здравоохранение является основным элементом структуры социальной сферы жизни общества, главная цель которой – сохранение и укрепление здоровья населения.

Система охраны здоровья обеспечивает национальную безопасность государства, так как, без здоровых граждан нельзя добиться производства и обеспечить обороноспособность.

Реализация государственной политики в здравоохранении, обеспечивается за счет использования инструментов, таких как:

- налоги (обязательный, индивидуально безвозмездный платеж, взимаемый с организаций и физических лиц в форме отчуждения, в целях финансового обеспечения деятельности государства и (или) муниципальных образований.);

- лицензирование (выдача государственного разрешения учреждению на осуществление ею определенных видов деятельности и услуг);

- кредиты (изменение срока уплаты налога и его перенос на более поздний период);

- государственное задание;

- стандартизация (деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области посредством установления положений для всеобщего и многократного использования в отношении реально существующих или потенциальных задач);

- государственные программы (документ стратегического планирования, содержащий комплекс планируемых мероприятий, обеспечивающих в рамках реализации ключевых государственных функций достижение приоритетов и целей государственной политики);

– субсидии (денежные средства, которые выделяются из бюджета на исполнение госуслуг).

Здравоохранение является основой формирования как социального, так и человеческого капитала общества.

1.2 Система финансового обеспечения сферы здравоохранения региона

Обеспечение государственной политики в сфере здравоохранения, реализуется за счет финансирования, источниками которого, являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

Финансы – это денежные средства, а также отношения, возникающие в связи с получением, хранением, накоплением, передачей, распределением, обменом, предоставлением в долг денежных средств, превращением их из одной формы в другую.

Внешние источники финансирования:

- 1) бюджеты различных уровней;
- 2) средства Фонда обязательного медицинского страхования;
- 3) средства Добровольного Медицинского Страхования;
- 4) средства благотворительных фондов;
- 5) кредиты.

Внутренние источники финансирования:

- 1) доходы от платных медицинских услуг ЛПУ;
- 2) доходы от аренды помещений ЛПУ.

Территориальный Фонд Обязательного Медицинского Страхования является некоммерческой организацией, созданной для реализации государственной

политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории определенного региона.

Фонд является юридическим лицом, созданным в соответствии с законодательством Российской Федерации, и в своей деятельности подотчетен Правительству субъекта и Федеральному фонду обязательного медицинского страхования. Для реализации своих полномочий Фонд открывает счета, может создавать филиалы и представительства, имеет бланк и печать со своим полным наименованием, иные печати, штампы и бланки, геральдический знак-эмблему.

Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования выполняет определенные задачи:

1) обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;

2) обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;

3) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

4) обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования осуществляет функции по управлению средствами обязательного медицинского страхования, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования и в целях обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования.

По мимо этого, Фонд выполняет следующие функции:

- выравнивание условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по обеспечению финансирования программ обязательного медицинского страхования;
- финансирование целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования;
- контроль над целевым использованием финансовых средств системы обязательного медицинского страхования.

Состав доходов и расходов Территориального Фонда обязательного медицинского страхования изображен в таблице 2.

Таблица 2 – Состав доходов

К доходам бюджета Фонда относятся:	
1) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;	4) доходы от размещения временно свободных средств;
2) платежи субъекта на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;	5) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Челябинской области, в случаях, установленных законом субъекта Российской Федерации;
3) платежи субъекта на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;	6) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет Фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет доходов от уплаты:

- а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- б) недоимок по взносам, налоговым платежам;
- в) начисленных пеней и штрафов;

Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, используются в форме субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования и иных межбюджетных трансфертов, а также в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету могут быть предоставлены дотации или иные межбюджетные трансферты.

Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета ФОМС – это межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов, возникающих при выполнении полномочий в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов.

Распределяются субвенции в соответствии с методикой, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет платежей субъектов РФ, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой программы с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

В случаях, предусмотренных законами субъектов РФ, местным бюджетам могут быть предоставлены прочие межбюджетные трансферты из бюджета субъекта РФ на финансовое обеспечение расходных обязательств муниципальных образований.

Общий объем иных межбюджетных трансфертов местным бюджетам и дотаций на поддержку мер по обеспечению сбалансированности бюджетов не может превышать 15 процентов общего объема межбюджетных трансфертов (за

исключением субвенций) и расчетного объема дотации на выравнивание бюджетной обеспеченности, замененной дополнительными нормативами отчислений от налога на доходы физических лиц.

Определенную часть доходов Территориального фонда занимают доходы от размещения временно свободных средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также штрафы, санкции, суммы, поступающие в результате возмещения ущерба.

Состав бюджета Фонда обязательного медицинского страхования, представлен на рисунке 4.

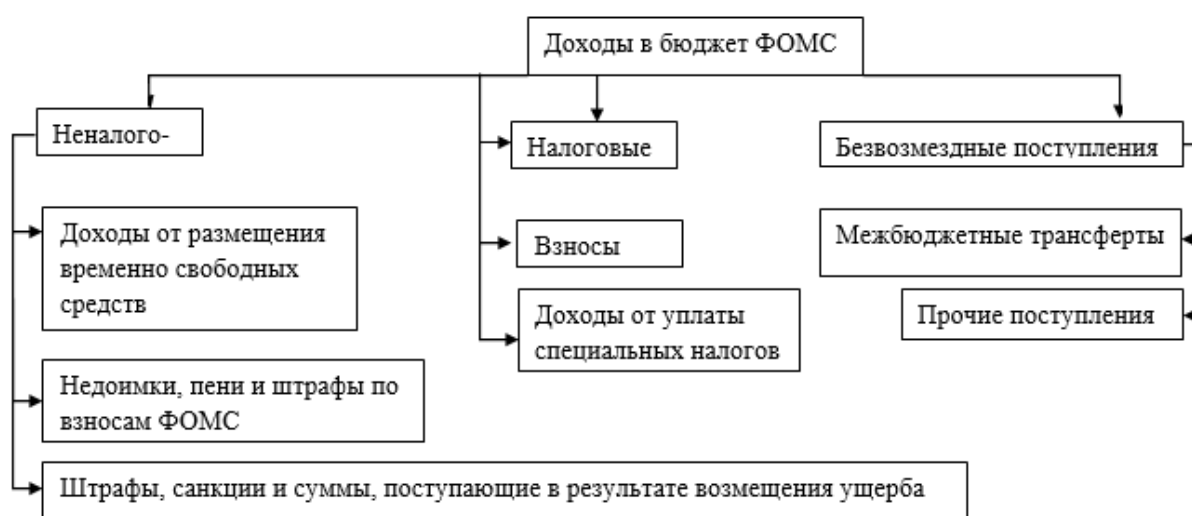


Рисунок 4 – Классификация доходов в бюджет ФОМС

В состав доходов от уплаты специальных налогов, входят:

- налог, взимаемый в связи с применением упрощённой системы налогообложения;
- единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности;
- минимальный налог, взимаемый в связи с применением упрощённой системы налогообложения;
- налог, взимаемый в виде стоимости патента;
- единый сельскохозяйственный налог;
- доходы от уплаты налога на профессиональный доход - по нормативу 37 процентов.

В структуру трансфертов Территориального Фонда обязательного медицинского страхования включаются безвозмездные поступления, налоговые и неналоговые доходы.

Безвозмездные поступления включают в себя:

1) межбюджетные трансферты из бюджета ФФОМС;
2) межбюджетные трансферты из областного бюджета;
3) межбюджетные трансферты из бюджетов других территориальных фондов ОМС за оказанную медицинскую помощь гражданам других субъектов Российской Федерации;

4) доходы Фонда от возврата остатков целевых средств прошлых лет, в том числе:

– межбюджетных трансфертов на осуществление единовременных выплат медицинским работникам, полученных от Министерства здравоохранения субъекта;

– межбюджетных трансфертов от других территориальных фондов ОМС.

Структура неналоговых доходов бюджета Фонда:

– прочие расходы от компенсации затрат бюджетов территориальных фондов ОМС;

– доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении территориальных фондов ОМС;

– денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в преступлении, и в возмещение ущерба имуществу;

– доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев по обязательному страхованию гражданской ответственности;

– денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств;

– денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг;

– прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба.

Также в составе бюджета Фонда вырабатывается нормированный страховой резерв. Цели и размер использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС устанавливаются в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного страхового запаса Фонда не может превышать среднемесячного размера планируемых поступлений средств на очередной год.

Средства бюджета Фонда не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования, является составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в случаях, осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет ТФОМС, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации за счет средств ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

В базовой программе ОМС устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу

объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы ОМС.

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь, специализированная медицинская помощь.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом.

Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, нормативы объема медицинской помощи, в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Территориальная программа включает в себя:

- 1) перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
- 2) перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
- 3) территориальную программу обязательного медицинского;
- 4) финансовое обеспечение Территориальной программы;
- 5) нормативы объема медицинской помощи;
- 6) нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и структуру тарифа на оплату медицинской помощи;
- 7) подушевые нормативы финансового обеспечения Территориальной программы;

8) условия оказания медицинской помощи в медицинских организациях в рамках Территориальной программы;

9) целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы;

10) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

11) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой;

12) утвержденную стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в регионе.

Таким образом, Территориальная программа сформирована с учетом порядков оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Челябинской области, основанных на данных медицинской статистики, с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Бюджеты всех уровней выполняют различные расходные полномочия, представленные в таблице 3.

Таблица 3 – Перечень расходных полномочий бюджетов различных уровней

Уровень бюджета	Расходные полномочия
	Финансирование специализированной медицинской помощи
	Финансирование высокотехнологичной медицинской помощи

Продолжение таблицы 3

Уровень бюджета	Расходные полномочия
Федеральный бюджет	Финансирование медицинской помощи, предусмотренной для определенных категорий граждан
	Осуществление дополнительных мероприятий по развитию профилактического направления медицинской помощи: - диспансеризация, - иммунизация граждан, - ранняя диагностика отдельных заболеваний
	Финансирование дополнительной бесплатной медицинской помощи, включающая обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными средствами
	Медико-санитарное обеспечение населения отдельных территорий
	Дополнительная медицинская помощь на основе государственного задания
Бюджет субъекта РФ	Реализация Государственной программы “Развитие здравоохранения”.
	Передача субвенции местным бюджетам
	Оказание населению региона первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной
	Затраты на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан
	Организация специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи
	Финансирование специализированной медицинской помощи, оказываемой в: - кожно-венерологических, - противотуберкулезных, - наркологических, - онкологических диспансерах - других специализированных медицинских учреждениях
	Финансирование мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, управляемых средствами специфической профилактики
	Организацию хранения иммунобиологических препаратов
	Обеспечение закупок различных препаратов
	Межбюджетные трансферты бюджету ТФОМС
Местный бюджет	Оказание скорой медицинской помощи
	Первичная медико-санитарная помощь
	Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и после родов
Бюджет ФФОМС	Дотации на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов
	Использование средств нормированного страхового запаса
	Межбюджетные трансферты Фонду социального страхования Российской Федерации

Окончание таблицы 3

Уровень бюджета	Расходные полномочия
Бюджет ФФОМС	Расходы на управление Фондом: - компьютеризацию системы обязательного медицинского страхования, - мероприятия по подготовке и переподготовке кадров, - научные исследования, - проведение региональных совещаний и конференций, - международное сотрудничество, - информационно-публицистическую деятельность, - содержание аппарата Фонда.
Бюджет ТФОМС	Финансирование территориальной программы ОМС
	Предоставление средств страховым медицинским организациям
	Межбюджетные трансферты Фонду социального страхования Российской Федерации
	Управленческие расходы
	Дополнительное финансирование обеспечения реализации территориальных программ
	Оказание медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории
	Финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников

Фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации исполняет расходные полномочия, направленные на обеспечение финансирования здравоохранения.

Наибольшую часть в расходах Федерального фонда обязательного медицинского страхования занимают дотации на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая использование средств нормированного страхового запаса.

К расходам Фонда относится также трансферт Фонду социального страхования Российской Федерации.

За счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования финансируются также целевые программы оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Расходы на управление Фондом включают расходы на компьютеризацию системы обязательного медицинского страхования, мероприятия по подготовке и

переподготовке кадров, научные исследования, проведение региональных совещаний и конференций, международное сотрудничество, информационно-публицистическую деятельность, содержание аппарата Фонда.

Расходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования условно можно разделить на две группы:

1) финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования;

2) отдельные расходы, связанные с обязательствами Российской Федерации и субъектов РФ в сфере здравоохранения и социальной помощи.

Расходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования связаны с финансированием территориальной программы обязательного медицинского страхования, включая расходы на ведение дела страховых медицинских организаций, выполнение управленческих функций территориальными фондами (филиалами), на формирование нормированного страхового запаса; а также на финансирование отдельных мероприятий в области здравоохранения.

Основным направлением расходов территориальных фондов обязательного медицинского страхования являются расходы на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования. Территориальная программа обязательного медицинского страхования разрабатывается в соответствии с базовой программой, утвержденной Правительством РФ в составе Программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Предоставление средств из территориальных фондов обязательного медицинского страхования страховым медицинским организациям осуществляется на основе дифференцированных подушевых нормативов.

Управленческие расходы отдельных территориальных фондов обязательного медицинского страхования и их филиалов могут быть выше, чем в других

субъектах РФ, если дирекции фондов непосредственно выполняют функции страховщиков.

В состав расходов территориальных фондов обязательного медицинского страхования входят расходы на финансирование отдельных мероприятий в области здравоохранения.

В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас, включающий средства:

1) для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования;

2) для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;

3) для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;

4) для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

Нормированный страховой запас территориального фонда в части средств, направляемых на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также на осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, формируется за счет доходов бюджета территориального фонда.

За счет средств Федерального бюджета финансируются:

– специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации органом исполнительной власти;

– высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в специализированных медицинских организациях в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

– медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

– осуществление дополнительных мероприятий по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний) в соответствии с законодательством Российской Федерации;

– дополнительная бесплатная медицинская помощь, включающая обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации. Финансирование указанной медицинской помощи осуществляется ФОМС за счет средств, передаваемых из федерального бюджета, исходя из норматива финансовых затрат на одного гражданина, имеющего право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, включенных в федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи;

– медико-санитарное обеспечение населения отдельных территорий, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации в соответствии с федеральными законами, устанавливающими особенности организации местного самоуправления;

– дополнительная медицинская помощь на основе государственного задания, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей

общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта РФ).

Бюджеты субъектов Российской Федерации, также, как и Фонд обязательного медицинского страхования имеют расходные полномочия, направленные на обеспечение финансирования охраны здоровья населения.

Расходы бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранения, направлены на реализацию Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Субъект Российской Федерации передает субвенции местным бюджетам для финансового обеспечения расходных обязательств МО, возникающих при выполнении государственных полномочий РФ, субъектов РФ, переданных для осуществления органами МСУ в установленном порядке. Субвенции, передаваемые местным бюджетам, формируются из межбюджетных трансфертов, передаваемых в регионы из федерального бюджета, а также собственных доходов и источников финансирования дефицита бюджета субъекта Российской Федерации.

Субъекты Российской Федерации реализуют переданные государственные полномочия по организации оказания населению региона первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной.

Расходные полномочия субъекта РФ включают в себя затраты на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, которая проводится медицинскими учреждениями, участвующими в реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, не включающей федеральные бюджетные учреждения здравоохранения, находящиеся в ведении Федерального медико-биологического агентства.

Средства, полученные медицинскими организациями, участвующими в реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, направляются ими на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан, медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей практики, на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, оплату труда медицинских работников медицинских организаций, привлекаемых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан и на приобретение расходных материалов в соответствии с договорами, заключаемыми медицинскими организациями, осуществляющими дополнительную диспансеризацию работающих граждан, с медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление недостающих видов работ и услуг.

К расходным полномочиям субъекта также относится организация специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, оказываемой в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, а также высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, также расходы идут

на медицинскую помощь, предусмотренную законодательством субъекта Российской Федерации для определенных категорий граждан.

Часть расходных полномочий направлена на мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, управляемых средствами специфической профилактики, организацию хранения иммунобиологических препаратов, мероприятия по профилактике различных заболеваний, обеспечение закупок различных препаратов, межбюджетные трансферты бюджету ТФОМС, платежи на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы, предоставление субсидий, субвенций и дотаций бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям.

За счет средств местных бюджетов (за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством Российской Федерации осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти) оказывается скорая медицинская помощь (за исключением специализированной санитарно-авиационной), первичная медико-санитарная помощь, в том числе при заболеваниях, передающимся половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, наркологических заболеваниях, медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и после родов, и детям при отдельных состояниях, возникающих в перинатальный период.

Расходы всех бюджетов включают в себя обеспечение медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами. Кроме того, за счет средств соответствующих бюджетов в установленном порядке финансируются оказание медицинской помощи, предоставление медицинских и других услуг в медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений

здравоохранения, а также в медицинских организациях, которые не участвуют в реализации территориальной программы ОМС.

Подводя итог, можно сказать, что Федеральный и Территориальный Фонды обязательного медицинского страхования обеспечивают предусмотренные законодательством Российской Федерации права граждан в системе обязательного медицинского страхования, а также обеспечивают гарантии бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования и создают условия для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

В соответствии с законодательством Российской Федерации расходы всех бюджетов включают в себя обеспечение медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами. Кроме того, за счет средств соответствующих бюджетов в установленном порядке финансируются оказание медицинской помощи, предоставление медицинских и других услуг в медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, а также в медицинских организациях, которые не участвуют в реализации территориальной программы ОМС.

2 ФОРМИРОВАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ

2.1 Анализ обеспеченности населения региона услугами сферы здравоохранения

В Челябинской области функционирует более 150 медицинских учреждений. Количество мед учреждений в 2017, 2018, 2019 годах представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Количество медицинских учреждений Челябинской области, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Показатель	2017	2018	2019	Темп роста, %		
				2017	2018	2019
Медицинские учреждения в Челябинской области	185	162	180	100	87,5	97,3

Представим на рисунке 5 динамику медицинских учреждений Челябинской области, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в период с 2017 по 2019 год.

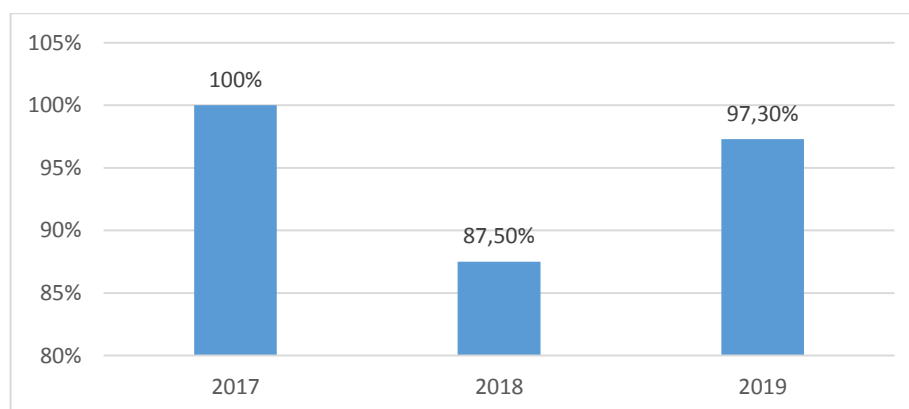


Рисунок 5 – Динамика медицинских учреждений Челябинской области, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Таким образом, в Челябинской области в период с 2017 по 2019 год наблюдался, отрицательный темп роста медицинских учреждений Челябинской области, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Это связано с тем, что некоторые медицинские учреждения были исключены из реестра ОМС, а другие включены в него, также есть включённые дополнительно (ООО «СМТ»).

По итогу на 2019 год количество медицинских учреждений снизилось на 2,7% от уровня 2017 года.

Число общего количества больничных коек и их число на 10 000 человек, позволяет проанализировать доступность медицинской помощи в Челябинской области (таблица 5).

Таблица 5 – Число больничных коек в медицинских учреждениях Челябинской области, оказывающих помощь в стационарных условиях

Всего коек, тыс.			На 10 000 человек		
2017	2018	2019	2017	2018	2019
26,7	26,2	25,8	76,1	74,9	74,2

Расчет базисных темпов роста общего количества больничных коек и их число на 10 000 человек (таблица 6).

Таблица 6 – Темп роста числа больничных коек в медицинских учреждениях Челябинской области, оказывающих помощь в стационарных условиях

Темп роста коек, %			Темп роста коек на 10 000 человек, %		
2017	2018	2019	2017	2018	2019
100	98,1	96,6	100	98,4	97,5

Представим на рисунке 6 динамику общего количества коек в медицинских учреждениях Челябинской области в период с 2017 по 2019 год.

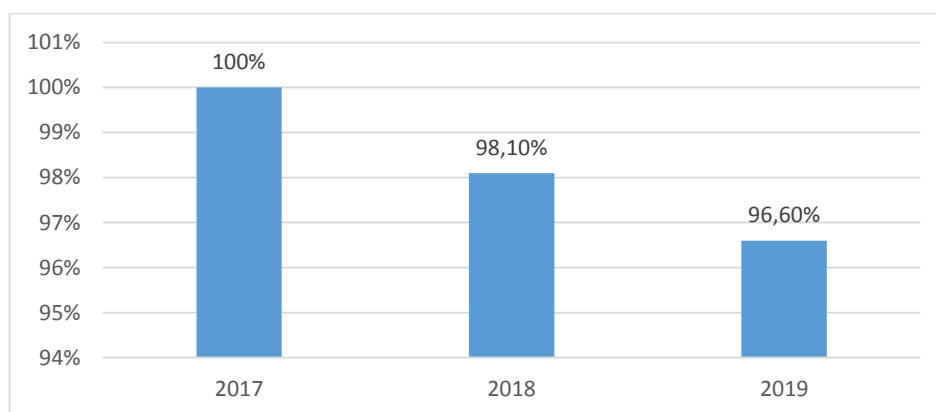


Рисунок 6 – Динамика общего количества коек в медицинских учреждениях Челябинской области

Рассмотрим на рисунке 7 динамику количества коек на 10 000 человек населения в период с 2017 по 2019 год.

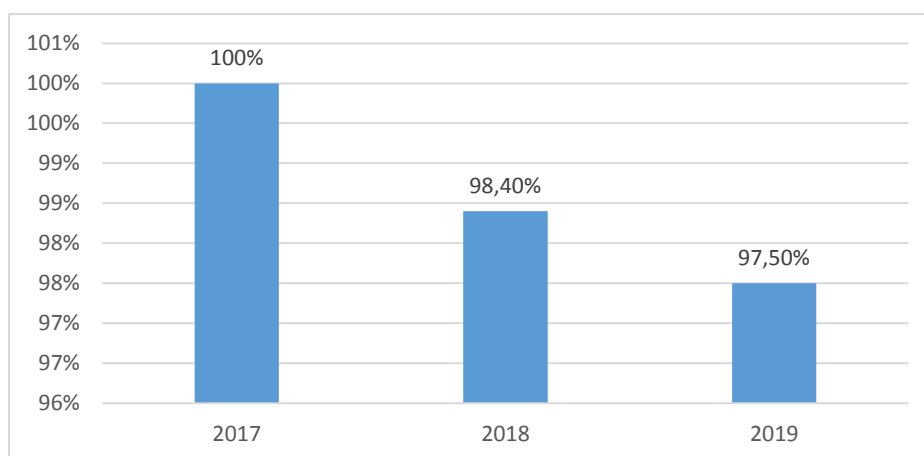


Рисунок 7 – Динамика количества коек на 10 000 человек населения

Число коек в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, является показателем объема медицинской помощи больницами.

Общее число коек в медицинских учреждениях Челябинской области, оказывающих помощь в стационарных условиях, снижается с каждым годом, в итоге в период с 2017 года по 2019 год общее количество медицинских коек уменьшилось на 3,4%.

Число больничных коек на 10 000 человек населения, также снижалось с каждым годом, в период с 2017 на 2018 год число коек снизилось на 1,6%. По итогу за 3 года количество коек на 10 000 человек упало на 2,5%.

Следовательно, данный показатель доступности медицинской помощи имеет отрицательную динамику и это значит доступность оказания стационарной медицинской помощи в Челябинской области снижается с каждым годом.

Все медицинские учреждения Челябинской области, включенные Реестр учреждений обязательного медицинского страхования, осуществляют определенные виды медицинской помощи, оказываемые в рамках Территориальной программы.

Анализ видов медицинской помощи и количество медицинских учреждений, оказываемых их в Челябинской области, дает понять структуру и уровень развития здравоохранения региона (таблица 7).

Таблица 7 – Количество медицинских учреждений, осуществляющих различные виды медицинской помощи

№	Количество медучреждений, осуществляющих различные виды медпомощи, ед.	2017	2018	2019
1	Первичная медико-санитарная помощь	0	0	0
2	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь	150	132	121
3	Первичная врачебная медико-санитарная помощь	130	112	104
4	Первичная специализированная медико-санитарная помощь	173	145	141
	Итого первичной помощи	453	389	366
5	Скорая специализированная медицинская помощь	52	49	53
6	Санитарно-авиационная медицинская помощь	0	0	0
7	Специализированная медицинская помощь	112	126	124
	Итого специализированная	164	175	177
8	Высокотехнологичная медицинская помощь	31	29	29
9	Паллиативная медицинская помощь	0	0	0
	Итого высокотехнологичная	31	29	29
	ИТОГО	648	593	572

Рассмотрим на рисунке 8 динамику медицинских учреждений, оказываемых первичную помощь в период с 2017 по 2019 год.

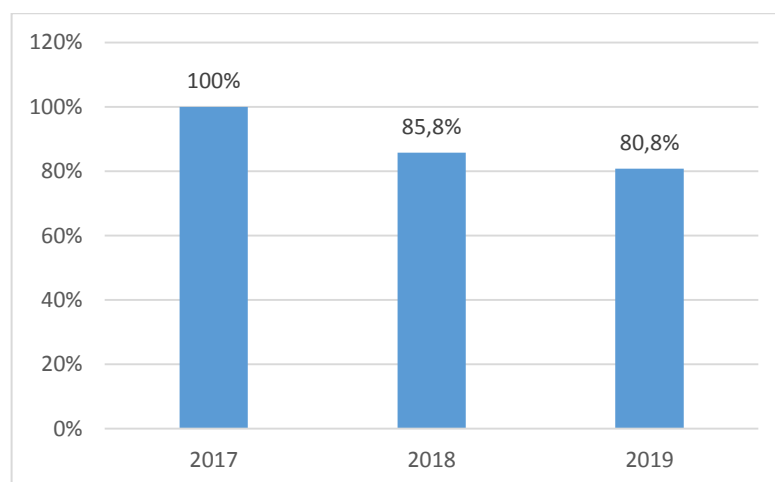


Рисунок 8 – Динамика медицинских учреждений, оказываемых первичную помощь

Также, представим на рисунке 9 динамику медицинских учреждений, оказываемых специализированную помощь в период с 2017 по 2019 год.

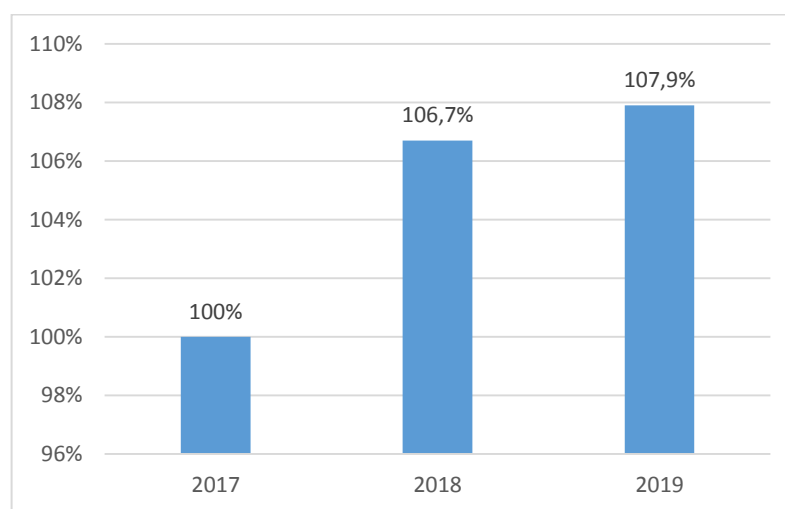


Рисунок 9 – Динамика медицинских учреждений, оказываемых специализированную помощь

Рассмотрим на рисунке 10 темпы роста медицинских учреждений, оказываемых специализированную помощь в период с 2017 по 2019 год.

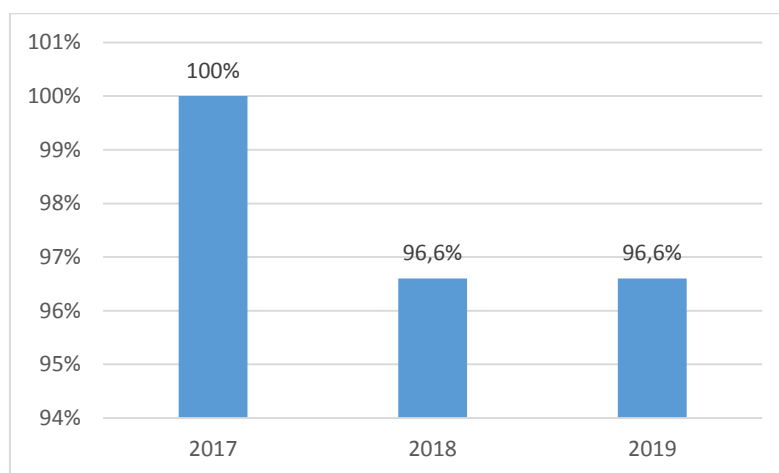


Рисунок 10 – Динамика медицинских учреждений, оказываемых высокотехнологичную медицинскую помощь

Первичная медицинская помощи на протяжении трех лет имеет отрицательную динамику, так как, количество учреждений, оказываемых данный вид помощи, значительно снизилось на 19,2%.

Специализированная медицинская помощь, единственный вид помощи имеющий положительный темп роста. В 2019 году число медицинских учреждений, оказываемых данный вид помощи, выросло на 7,9% по сравнению с базисным годом.

Количество медицинских учреждений оказываемых высокотехнологичную медицинская помощь, также, как и первичную имеет отрицательную динамику роста. На 2019 год число данных учреждений снизилось на 3,4%.

По итогу наиболее стабильным и растущим видом деятельности является оказание специализированной медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

Анализ доли видов медицинской помощи, оказываемых в рамках Территориальной программы, показывает, насколько доступны и распространены данные виды помощи (таблица 8).

Таблица 8 – Удельный вес вида медицинской помощи

Вид помощи	2017	2018	2019
Первичная	70%	66%	64%
Специализированная	25%	29%	31%
Высокотехнологичная	5%	5%	5%

Представим на рисунке 11 структуру удельного веса видов медицинской помощи в 2017 году.

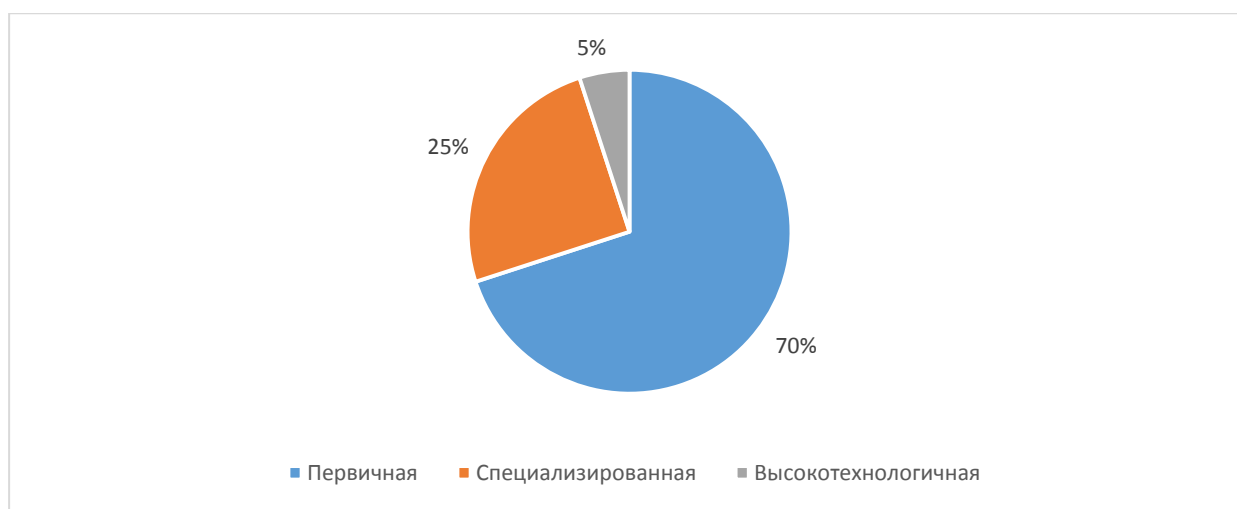


Рисунок 11 – Удельный вес видов медицинской помощи в 2017 году

Представим на рисунке 12 структуру удельного веса видов медицинской помощи в 2019 году.

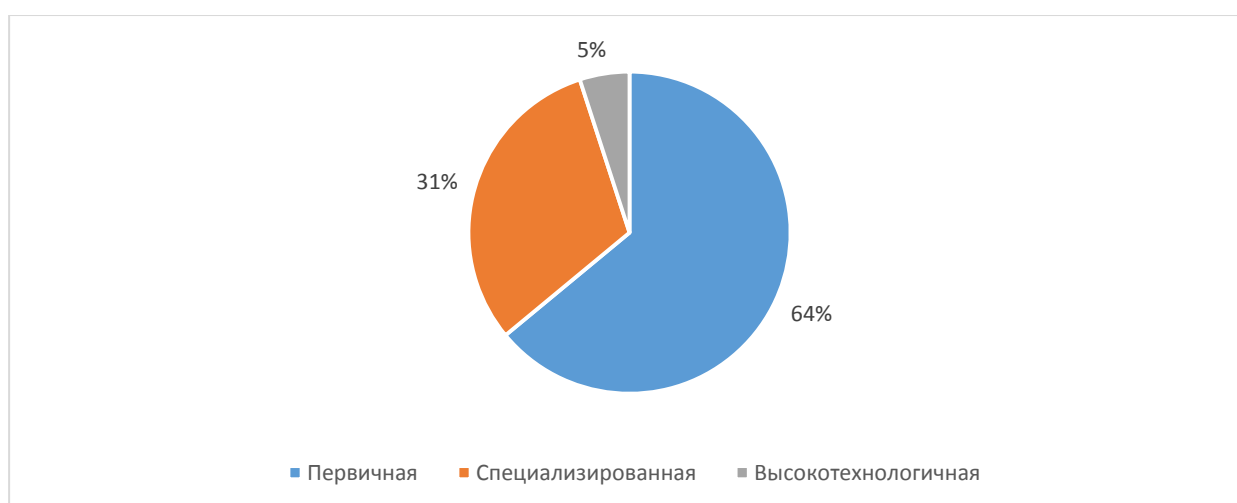


Рисунок 12 – Удельный вес видов медицинской помощи в 2019 году

Таким образом, в 2017 году наибольшую часть структуры видов помощи оказываемой медицинскими учреждениями Челябинской области в сфере ОМС занимала первичная медицинская помощь, удельный вес составлял 70%. Наименьшую долю равную 5% занимала высокотехнологична медицинская помощь. Четверть структуры видов медицинской мощи принадлежала специализированному виду медицинских услуг.

В 2019 году в Челябинской области, видом медицинской помощи, занимающим набольший удельный вес так же, как и 2017 году осталась первичная медицинская помощь, но составила 64%. Специализированная медицинская помощь в 2019 году занимала 31%, что на 6% больше 2017 года. Высокотехнологична медицинская помощь в 2019 году занимала такой же удельный вес, как и в 2017 году, равный 5%.

Также существуют виды помощи, которые не оказываются в Челябинской области не одним учреждением, например первичная медико-санитарная помощь, санитарно-авиационная медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь. Видом медицинской помощи с самым негативным темпом прироста является первичная специализированная медико-санитарная помощь (является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения), так как с каждым годом количество медицинских учреждений, оказываемых данную помощь перестают ее оказывать, по причине закрытия учреждения, аннулирования лицензии или исключения из реестра ОМ.

Одним из подходов определения эффективности работы медицинских учреждений, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, является анализ количества посещений гражданами данных учреждений, а также количество вызовов скорой медицинской помощи (таблица 9).

Таблица 9 – Количество обращений в медицинские учреждения Челябинской области в 2017-2019 годах

Показатель	2017	2018	2019
Поликлиника:			
Посещения с профилактической целью	7 813 831	7 188 548	6 951 084
Посещения с лечебной целью	18 586 465	19 083 358	18 650 562
Неотложная медицинская помощи	1 983 891	1 964 043	1 960 932
Посещения стоматолога с профилактической целью	511 427	532 900	698 695
Посещения стоматолога с лечебной целью	1 942 733	1 964 117	2 079 873
Скорая медицинская помощь:			
Всего, вызовов	1 062 799	1 065 452	1 066 730
в том числе с проведением тромболизиса	НД	993	1 415
Итого по всей таблице:			
Всего посещений	30 838 347	30 732 966	30 341 146
Всего обращений	9 603 899	7 031 980	7 040 421
Итого обращений и посещений	40 442 246	37 764 946	37 381 567
Население области	3 502 000	3 493 000	3 476 000

Расчет темпов роста общего количества обращения и посещений в медицинские учреждения Челябинской области (таблица 10).

Таблица 10 – Темпы роста общего количества обращение и посещений в медицинские учреждения Челябинской области

Показатель	2017	2018	2019	Темп роста, %		
				2017	2017	2017
Итого обращений и посещений	40 442 246	37 764 946	37 381 567	100	100	100

Для анализа темпов роста общего количества обращение и посещений в медицинские учреждения Челябинской области оказывающих помощь в сфере ОМС, следует построить диаграммы отражающие данные показатели (рисунок 13).

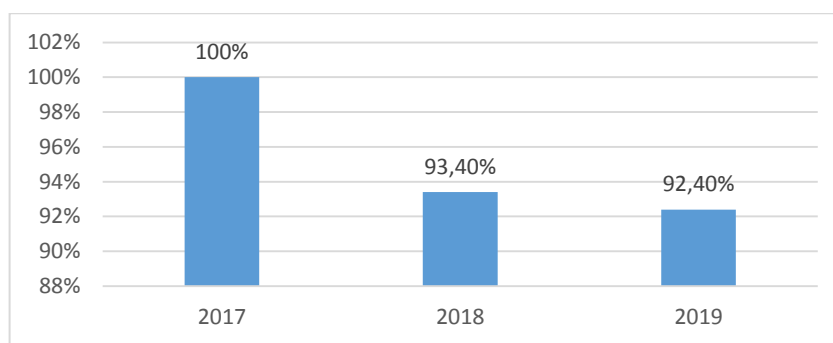


Рисунок 13 – Темп роста общего количества обращений и посещений в Челябинской области за 2016-2018 года

Представим на рисунке 14 средний уровень посещений и обращений одного человека в Челябинской области за 2017-2019 года.

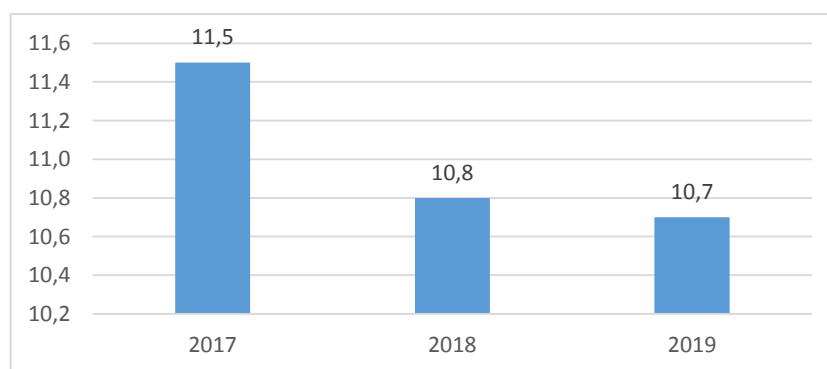


Рисунок 14 – Средний уровень посещений и обращений одного человека в Челябинской области за 2017-2019 года

Таким образом, количество обращений и посещений медицинских учреждений Челябинской области имеет отрицательную динамику, в период за 3 года количество посещений медицинских учреждений, оказываемых услуги в сфере обязательного медицинского страхования, не значительно уменьшилось на 7,6%.

В 2019 году средний уровень посещений и обращений медицинских учреждений на одного человека уменьшился с 11,5 до 10,7 по сравнению с 2017 годом, это свидетельствует о снижении населения Челябинской области и повышении уровня здоровья населения.

Количество вызовов Скорой медицинской помощи осталось на прежнем уровне, так же, как и однократные посещения с лечебной целью, врачебные и фельдшерские посещения по неотложной медицинской помощи и стоматологическое посещение с лечебной целью (за исключением однократного посещения).

Для исследования уровня доступности медицинской помощи и услуг, проводится анализ численности работников в сфере здравоохранения региона (таблица 11).

Таблица 11 – Численность работников медицинских учреждений Челябинской области в 2017-2019 г.,

чел

Показатель	2017	2018	2019
Численность среднего медицинского персонала	36 500	35 600	34 400
Численность высшего медицинского персонала	14 100	14 800	14 600
Общая численность высшего и среднего медицинского персонала	50 600	50 400	49 000
Общая численность работников медицинских учреждений	73500	72828	72104
Численность населения региона	3 502 000	3493 000	3476 000

Также для исследования уровня доступности медицинской помощи и услуг, рассчитываются темпы роста работников в сфере здравоохранения (таблица 12).

Таблица 12 – Численность врачей и среднего медперсонала на 10 тыс. человек населения региона

Годы	Численность врачей	Темп роста численности врачей	Численность среднего медицинского персонала	Темп роста численности среднего медицинского персонала
2017	40	100	104	100
2018	42	105	102	98
2019	42	105	99	95,2

Рассмотрим на рисунке 15 темпы роста количества врачей на 10 000 человек в период с 2017 по 2019 год.

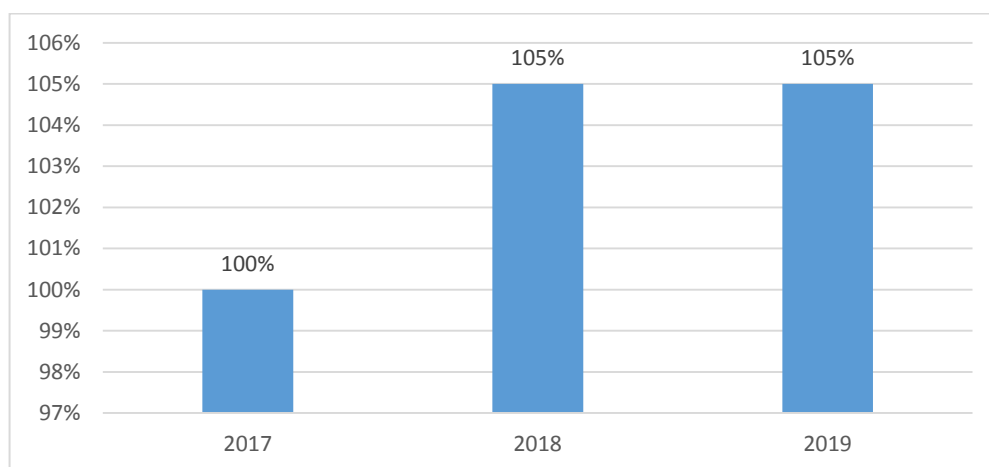


Рисунок 15 – Динамика количества врачей на 10 000 человек

Представим на рисунке 16 темпы роста количества среднего медицинского персонала на 10 000 человек в период с 2017 по 2019 год.

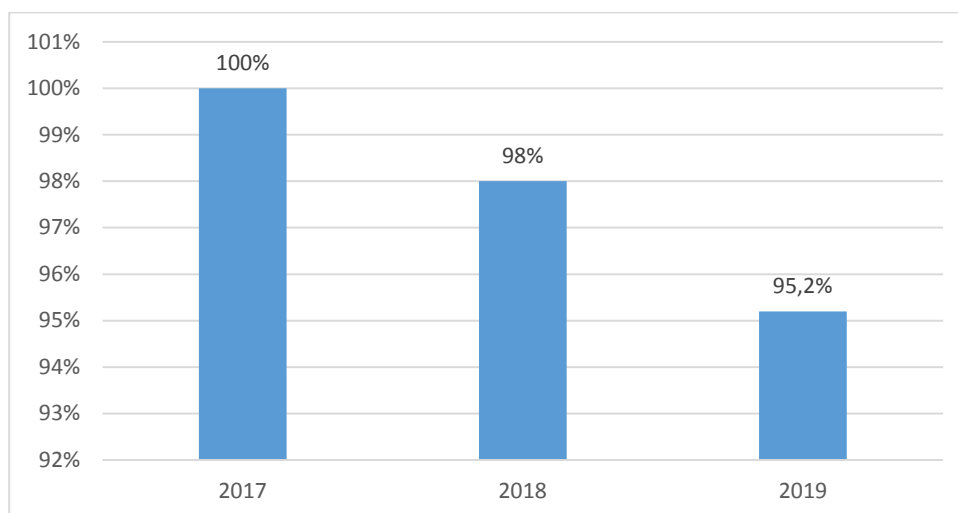


Рисунок 16 – Динамика количества среднего медицинского персонала на 10 000 человек

Рассмотрим на рисунке 17 темпы роста общей численности персонала медицинских учреждений Челябинской области с 2017 по 2019 год.

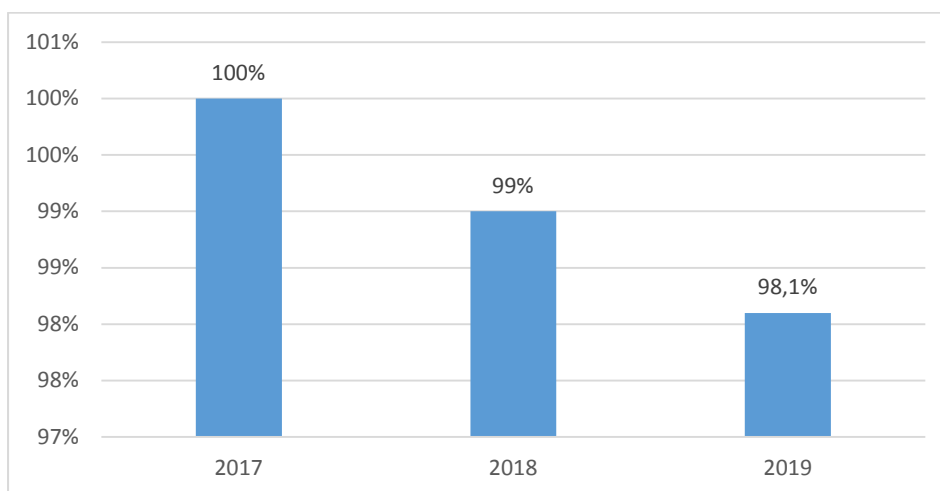


Рисунок 17 – Темпы роста общей численности персонала медицинских учреждений Челябинской области в 2017-2019 г.

В период с 2017 по 2019 год численность среднего медицинского персонала снизилась на 4,8%, при этом количество высшего медицинского персонала возросло на 5%. Общая численность высшего и среднего медицинского персонала также снизилась на 1,9%. Общая численность работников медицинских учреждений в 2019 году стала составлять 98,1% от численности 2017 года.

Исходя из статистических данных, можно сказать, что, положительную динамику роста имеет только высший медицинский персонал, наиболее стабильным показателем является общая численность работников медицинских учреждений Челябинской области.

Для анализа обеспеченности населения региона услугами сферы здравоохранения, следует рассчитать долю медсестер и долю врачей в общем числе персонала (таблица 13).

Таблица 13 – Доля врачей и среднего медперсонала в общей численности медицинских работников

Показатель	2017	2018	2019
Доля врачей	28%	29,4%	29,8%
Доля среднего медицинского персонала	72%	70,6%	70,2%

Представим на рисунке 18 долю различных видов медицинского персонала в общей численности работников медицинских учреждений в 2017 году.

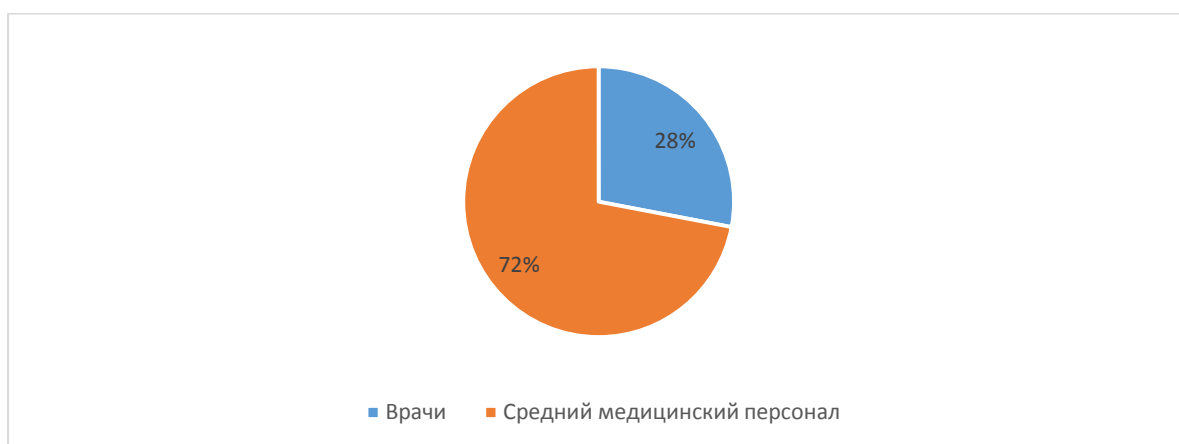


Рисунок 18 – Доля различных видов медицинского персонала в общей численности работников медицинских учреждений в 2017 год

Представим на рисунке 19 долю различных видов медицинского персонала в общей численности работников медицинских учреждений в 2018 году.

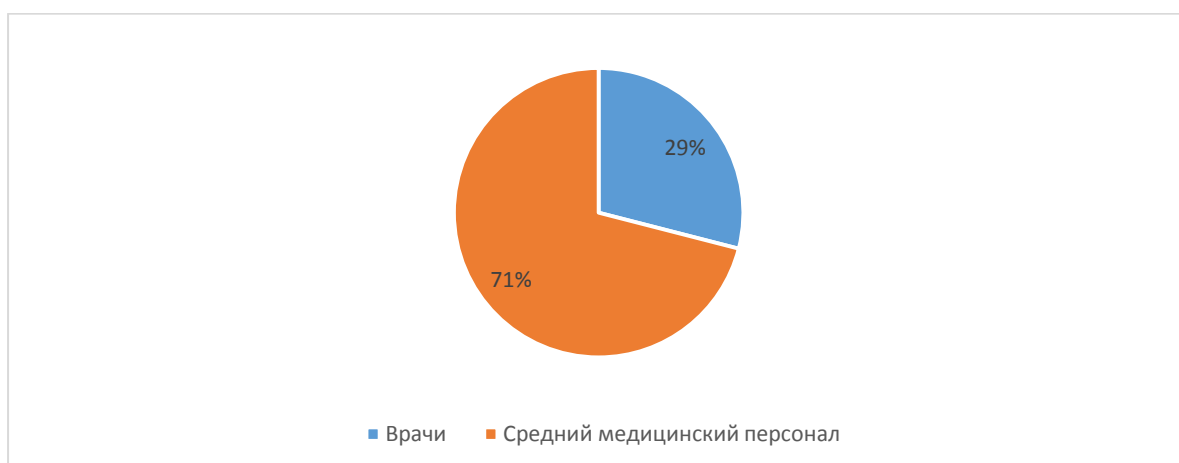


Рисунок 19 – Доля различных видов медицинского персонала в общей численности работников медицинских учреждений в 2018 год

Представим на рисунке 20 долю различных видов медицинского персонала в общей численности работников медицинских учреждений в 2019 году.

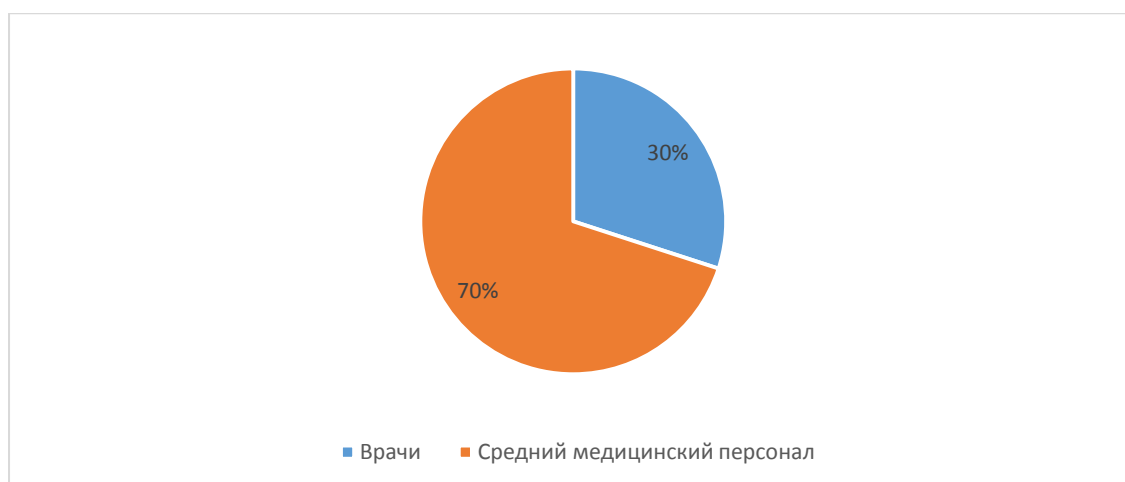


Рисунок 20 – Доля различных видов медицинского персонала в общей численности работников медицинских учреждений в 2019 год

Высший персонал медицинских работников в 2017 году занимал 28% от общей численности, средний медицинских персонал занимал наибольшую долю в общем количестве, которая составляла 72%. В 2019 году данный показатель незначительно изменился, выросло количество врачей на 200 человек, высший персонал стал занимать 30% от общей численности работников, при этом уменьшилось число среднего медицинского персонала на 2100 человек, теперь данный вид работников занимает 70%.

Одним из важнейших показателей для анализа сферы здравоохранения Челябинской области, является заработная плата сотрудников, медицинских учреждений (таблица 14).

Таблица 14 – Средняя заработная плата работников медицинских учреждений Челябинской области,

руб.

Показатель	2017	2018	2019
Врачи	50983	61895	69376
Средний мед. персонал	26473	31186	34400
Младший мед. персонал	17680	30725	32800

Также для исследования сферы здравоохранения Челябинской области, рассчитываются темпы роста средней заработной платы работников медицинских учреждений Челябинской области (таблица 15).

Таблица 15 – Темпы роста средней заработной платы работников медицинских учреждений Челябинской области

Показатель	2017	2018	2019
Врачи	100%	121,4%	136,1%
Средний мед. персонал	100%	117,8%	130%
Младший мед. персонал	100%	171,2%	185,5%

Рассмотрим на рисунке 21 темпы роста заработной платы врачей медицинских учреждений Челябинской области в период с 2017 по 2019 год.

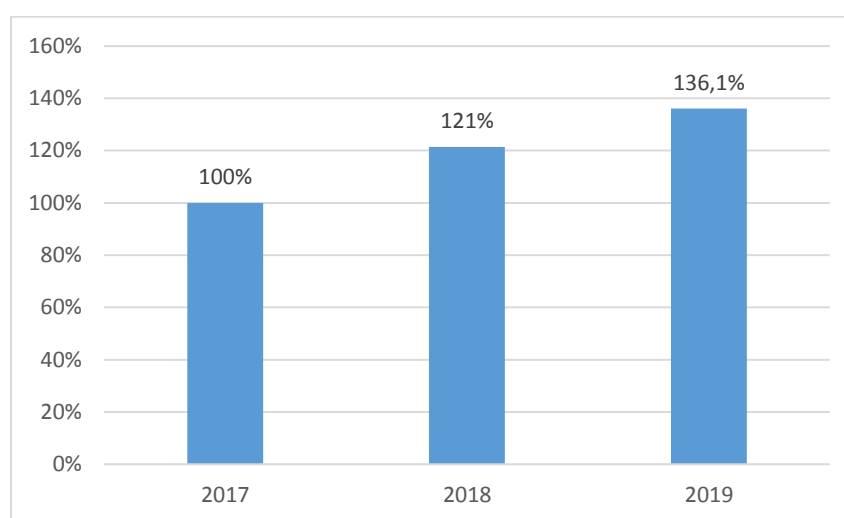


Рисунок 21 – Темпы роста заработной платы врачей медицинских учреждений Челябинской области в 2017-2019 г.

Рассмотрим на рисунке 22 темпы роста заработной платы среднего медицинского персонала медицинских учреждений Челябинской области в период с 2017 по 2019 год.

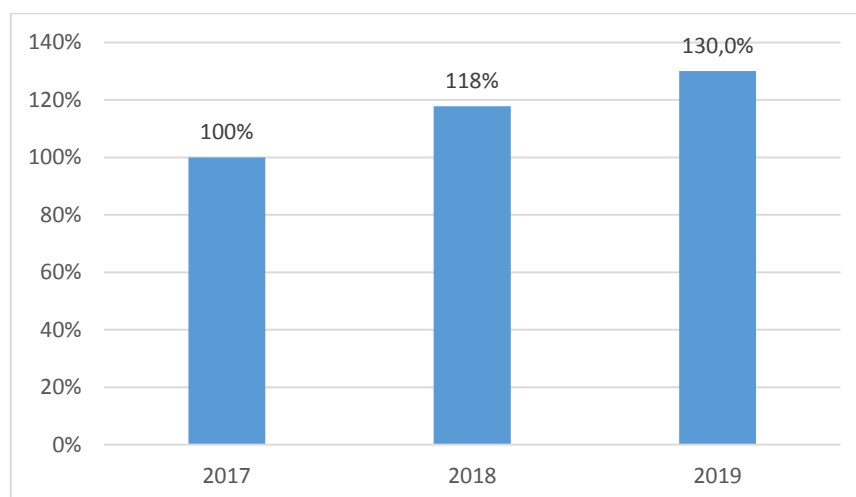


Рисунок 22 – Темпы роста заработной платы среднего медицинского персонала медицинских учреждений Челябинской области в 2017-2019 г.

Рассмотрим на рисунке 23 динамику роста заработной платы младшего медицинского персонала медицинских учреждений Челябинской области в период с 2017 по 2019 год.

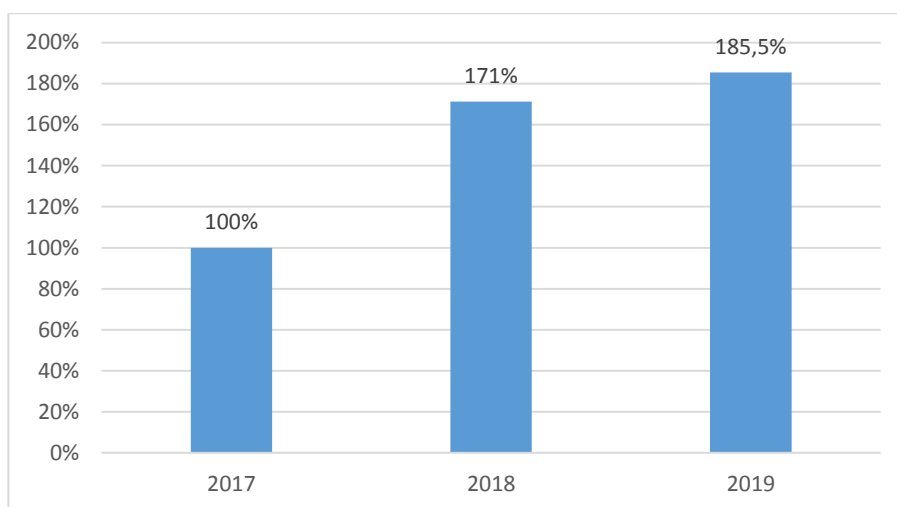


Рисунок 23 – Темпы роста заработной платы младшего медицинского персонала медицинских учреждений Челябинской области в 2017-2019 г.

Средняя заработная плата высшего медицинского персонала в период с 2017 года по 2019 год имела положительную динамику темпов роста и значительно возросла на 36%.

Зарботная плата среднего медицинского персонала медицинских учреждений Челябинской области на протяжении трех лет имела положительную динамику и также как высший медицинский состав выросла на 30%.

Самой быстро растущей заработной платой, является плата младшему медицинскому персоналу. Зарботная плата младшего медицинского персонала медицинских учреждений Челябинской области выросла почти 2 раза и в итоге выросла на 85,5%.

Представим на рисунке 24 уровень заработной платы врачей и младшего медицинского персонала медицинских учреждений Челябинской области.

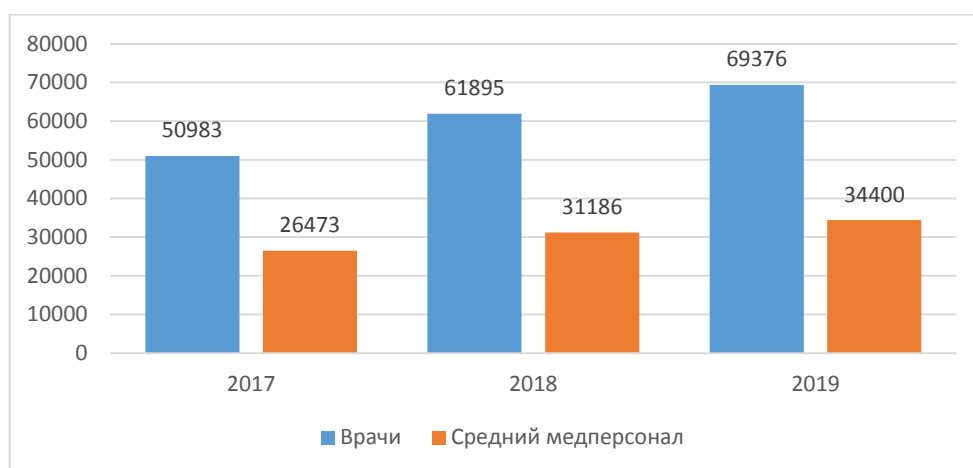


Рисунок 24 – Уровень заработной платы врачей и младшего медицинского персонала медицинских учреждений Челябинской области в 2017-2019 г., рублей

На протяжении всего периода с 2017 года по 2019 год наблюдался рост заработной платы у высшего и у среднего медицинского персонала. При этом уровень заработной платы врачей выше в сравнении с средним медицинским персоналом. В 2019 году уровень заработной платы врачей составил 69376 рублей, что на 18393 рублей больше уровня 2017 года. Также уровень платы врачей в 2019 был больше заработной платы среднего медицинского персонала в 2 раза.

Исходя из статистических данных и данных диаграмм следует что, все категории медицинского персонала Челябинской области, имеют положительную динамику роста средней заработной платы в период с 2017 года по 2019 год.

Еще одним показателем доступности медицинской помощи оказываемой в рамках Территориальной программы Челябинской области, являются тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС (таблица 16).

Таблица 16 – Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС
Челябинской области в 2019 году

Услуга	Средняя цена, руб.
Тарифы на амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь	260
Тарифы на оплату параклинических услуг	2 600
Оплата услуг Центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП)	1 080
Диспансеризация	2300
Медицинские осмотры	260
Стоматология	151
Высокотехнологичная медицинская помощь	170510,20
Услуга диализа	1000

Самой высокооплачиваемой услугой является высокотехнологичная медицинская помощь, которая составляет 170 510 рублей. Самая низкая средняя цена за оплату услуг, являются тарифы на амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, составляющие 260 рублей.

Таким образом, наиболее доступными видами помощи оказываемыми в сфере ОМС в Челябинской области, являются амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь и медицинские осмотры.

Уровень здоровья населения оценивается благодаря таким показателям как:

- заболеваемость на 1000 человек населения (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни);
- продолжительность жизни;

- коэффициент младенческой смертности (число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 1000 родившихся живыми);

- смертность населения (число умерших на 100 000 человек населения);

- смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших на 100 000 человек населения).

Представим в таблице 17 показатели уровня здоровья населения в Челябинской области.

Таблица 17 – Показатели уровня здоровья населения в Челябинской области

Показатель		2017	2018	2019
1	Заболеваемость на 1000 человек населения	884,1	883,9	874,2
2	Продолжительность жизни, лет	70,50	71,53	71,64
3	Коэффициент младенческой смертности, чел. на 1000 род.	5,8	6,2	5,7
4	Смертность населения на 100 000 чел.	1219,8	1175,7	1196,4
5	Смертность населения в трудоспособном возрасте на 100 000 чел.	70,50	71,53	71,64

Представим на рисунке 25 темпы роста уровня заболеваемости на 1000 человек населения Челябинской области в 2017-2019 году.

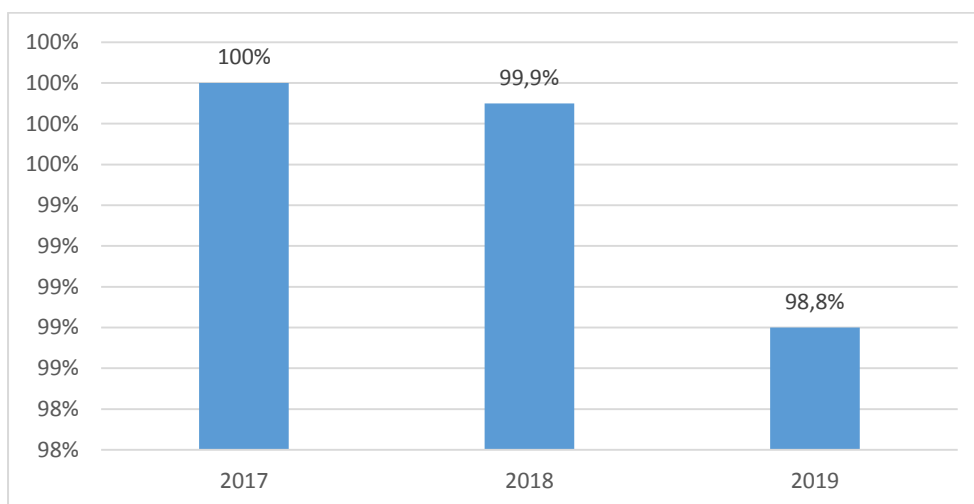


Рисунок 25 – Темпы роста уровня заболеваемости на 1000 человек населения Челябинской области в 2017-2019 г.

Рассмотрим на рисунке 26 динамику роста продолжительности жизни населения Челябинской области в 2017-2019 году.

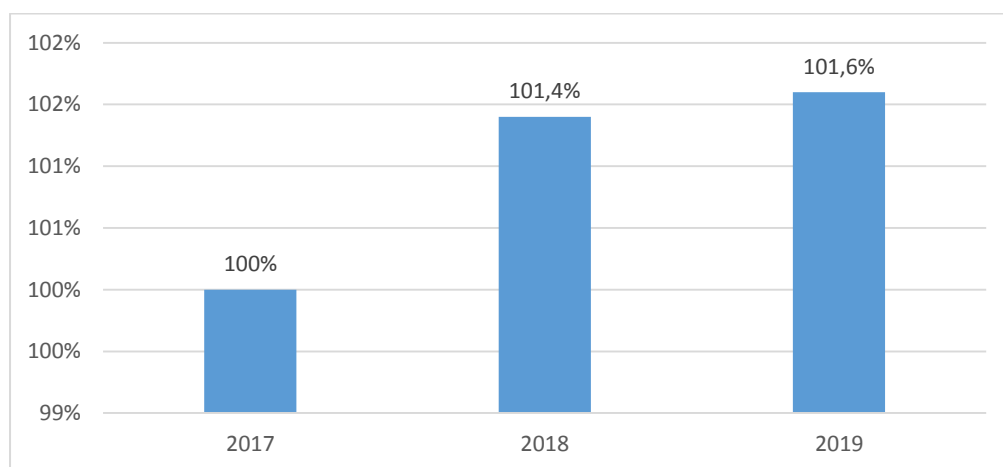


Рисунок 26 – Темпы роста продолжительности жизни населения Челябинской области в 2017-2019 г., лет

Представим на рисунке 27 темпы роста коэффициента младенческой смертности в 2017-2019 году.

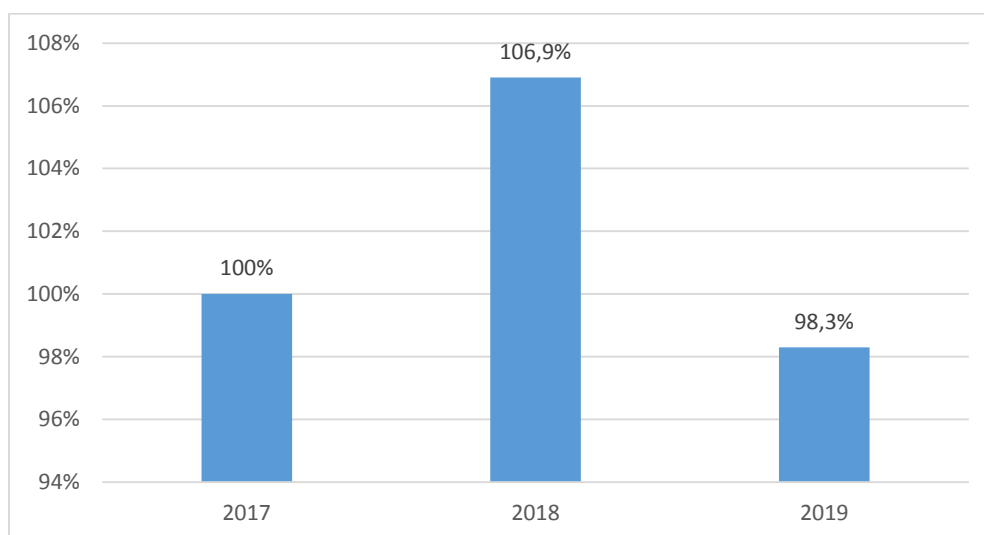


Рисунок 27– Темпы роста коэффициента младенческой смертности в 2017-2019 г., чел. на 1000 родившихся

Темп роста уровня заболеваемости на 1000 человек населения Челябинской области в период с 2017 года по 2019 год имел отрицательную динамику, так как уровень заболеваемости на 1000 человек населения упал на 1,2%.

Продолжительности жизни населения Челябинской области в 2019 году имела положительный темп роста и выросла на 1,6% в сравнении с 2017 годом.

У темпов роста коэффициента младенческой смертности 2018 году наблюдался скачек на 6,9% в сравнении с 2017 годом, но при этом по итогу на 2019 год общая динамика за 3 года была отрицательной, так как коэффициента младенческой смертности на 1000 родившихся, составил 98,3% от 2017 года.

Также следует, рассмотреть уровень заболеваемости на 1000 человек населения в 2017-2019 году (рисунок 28).

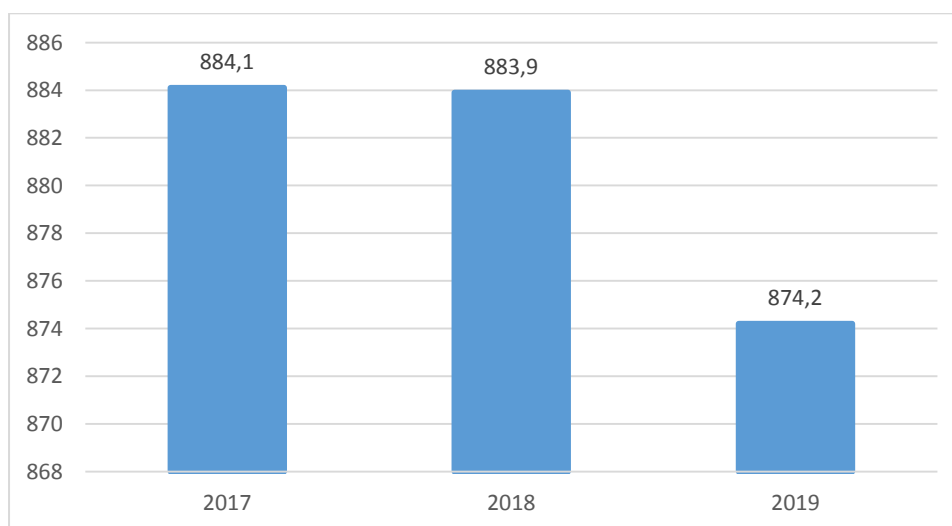


Рисунок 28 – Уровень заболеваемости на 1000 человек населения в 2017-2019 г

Представим на рисунке 29 уровень продолжительность жизни населения Челябинской области в 2017-2019 году.

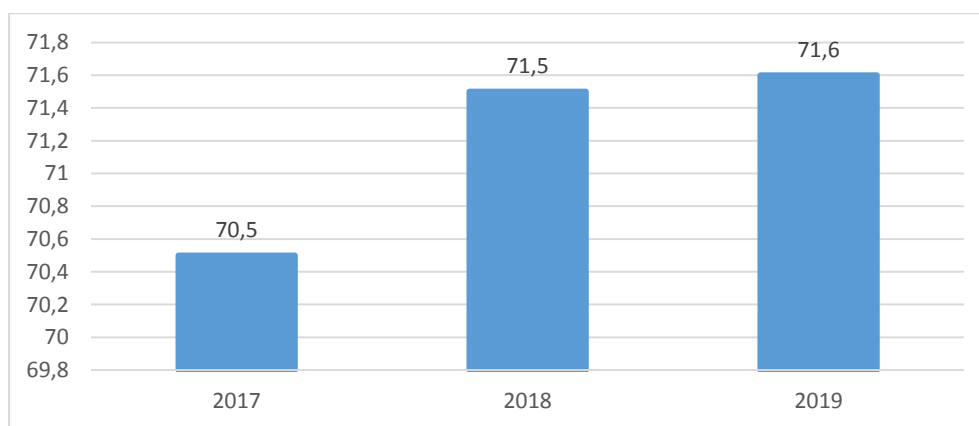


Рисунок 29 – Уровень продолжительность жизни в 2017-2019 г, лет

Рассмотрим на рисунке 30 уровень младенческой смертности в 2017-2019 году, в расчете на 1000 родившихся.

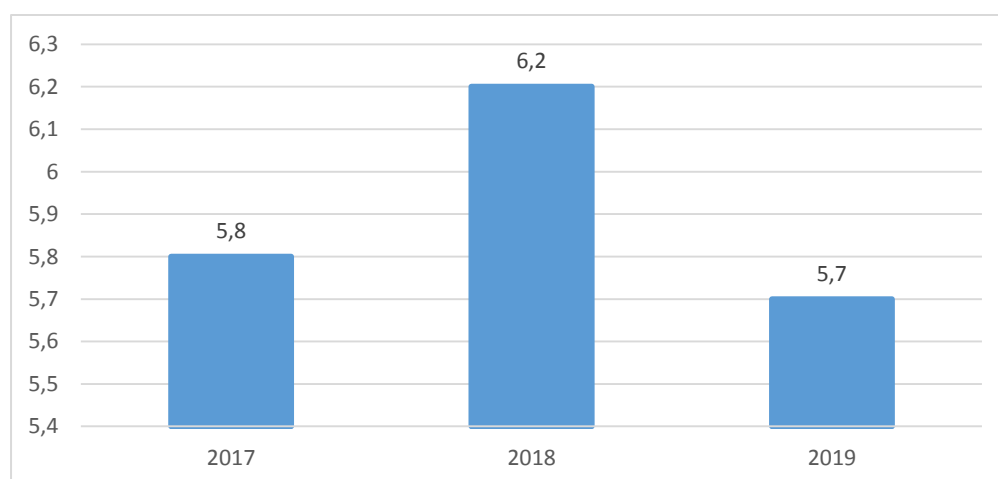


Рисунок 30 – Уровень младенческой смертности в 2017-2019 г, чел. на 1000 родившихся

Уровень заболеваемости на 1000 человек населения в период с 2017 года по 2019 год снизился с 884 человек до 874 человек, уровень младенческой смертности в 2018 году увеличился с 5 до 6 умерших на 1000 родившихся, но в 2019 данный показатель вернулся к уровню 2017 года. Уровень продолжительности жизни с каждым годом повышался и достиг уровня равного 71,6 лет, что на 1,1 год больше уровня 2017 года.

Доступность медицинской помощи и качество медицинских услуг можно оценить путем анализа некоторых показателей, которые представлены в таблице 18.

Таблица 18 – Показатели доступности медицинской помощи

Наименование показателя	2017	2018	2019
Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения), в том числе:	33,9	34,0	34,1
городского населения	37,7	37,8	38,0
сельского населения,	14,5	14,5	14,5
в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях,	19,4	19,5	19,53
в том числе оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях	13,1	13,1	13,2
Обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения), в том числе:	88,5	90,0	91,0
городского населения	95,5	96,0	96,5
сельского населения,	60,4	60,5	60,6
в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях,	43,9	44,0	44,1
в том числе оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях	38,1	38,1	38,1
Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Территориальную программу (процентов)	6,9	7,5	8,1
Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Территориальную программу (процентов)	2,3	2,5	2,6
Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей (процентов), в том числе проживающих:	95,0	95,0	95,0
в городской местности	95,0	95,0	95,0
в сельской местности	95,0	95,0	95,0
Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС (процентов)	5,2	5,3	5,4
Число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек сельского населения	297,0	297,0	297,0
Доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов (процентов)	40,0	39,0	38,0

Представим на рисунке 31 динамику расходов на оказание медицинской помощи в дневных стационарах.

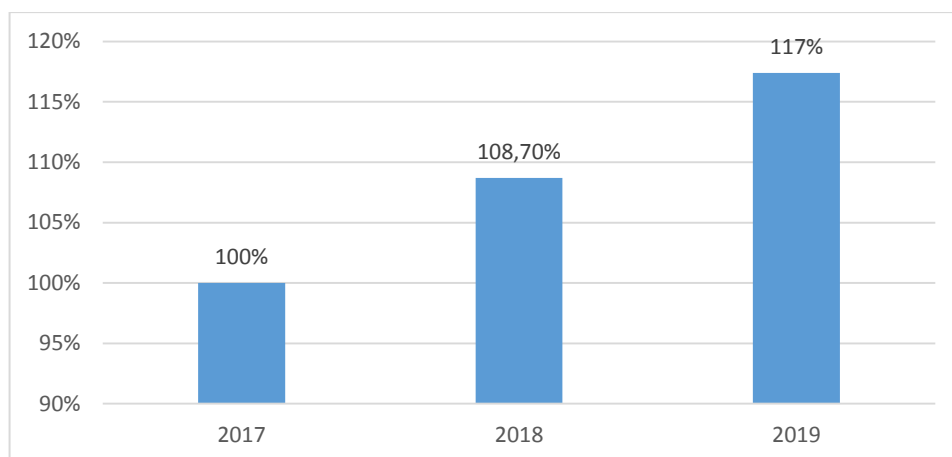


Рисунок 31 – Темпы роста расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров

Темп роста расходов на оказание медицинской помощи в дневных стационарах имел положительную динамику на протяжении трех лет, с 2017 года по 2019 год. Данный показатель в 2019 году вырос на 17% в сравнении с 2017 годом.

Рассмотрим на рисунке 32 динамику расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях.

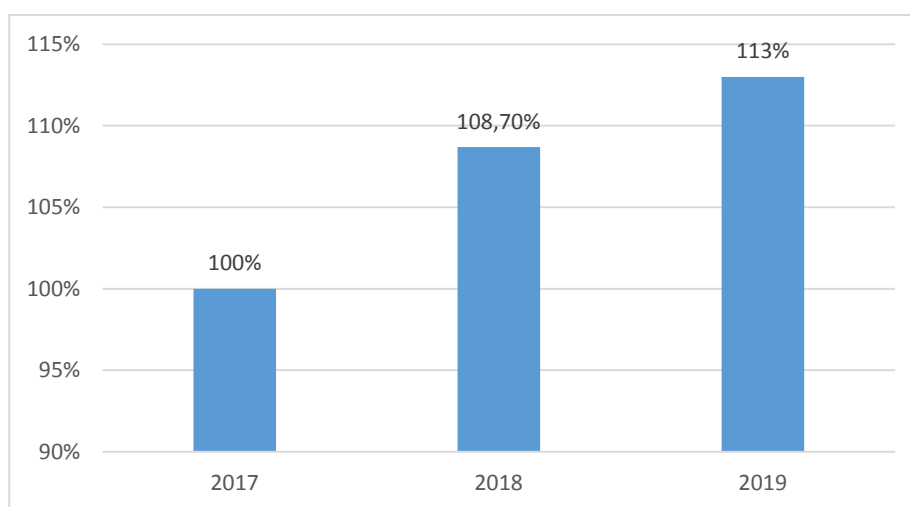


Рисунок 32 – Темпы роста расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях

Темп роста расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, так же как и в стационарных имел положительную динамику в период с 2017 года по 2019 год и в 2019 году вырос на 13% в сравнении с уровнем 2017 года.

В Челябинской области доступность медицинской помощи с каждым годом растет. Таким образом, обеспеченность населения врачами на 10000 человек с 2017 года по 2019 год выросла 0,3%. Обеспеченность населения средним медицинским персоналом выросла на 1,1%. Наиболее растущими показателями доступности медицинской помощи, являются доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров и в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Территориальную программу.

Выводы по параграфу. В Челябинской области в период с 2017 по 2019 год наблюдался, снижение числа медицинских учреждений, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Это связано с тем, что некоторые медицинские учреждения были исключены из реестра ОМС, а другие включены в него, также есть включённые дополнительно. По итогу на 2019 год количество медицинских учреждений снизилось на 2,7% от уровня 2017 года.

Общее число коек в медицинских учреждениях Челябинской области, оказывающих помощь в стационарных условиях, снижается с каждым годом, так же, как и число больничных коек на 10 000 человек населения, которое упало на 2,5%. Следовательно, данный показатель доступности медицинской помощи имеет отрицательную динамику и это значит доступность оказания стационарной медицинской помощи в Челябинской области снижается с каждым годом.

Анализ видов медицинской помощи и количества медицинских учреждений, оказываемых их в Челябинской области, показал что, наиболее стабильным и растущим видом деятельности является оказание специализированной медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами.

Также существуют виды помощи, которые не оказываются в Челябинской области не одним учреждением, например первичная медико-санитарная помощь,

санитарно-авиационная медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь.

В 2019 году средний уровень посещений и обращений медицинских учреждений на одного человека уменьшился с 11,5 до 10,7 по сравнению с 2017 годом, это свидетельствует о снижении населения Челябинской области и повышении уровня здоровья населения.

Что касается состава медицинского персонала, в период с 2017 по 2019 год численность среднего медицинского персонала снизилась на 4,8%, при этом количество высшего медицинского персонала возросло на 5%

Общая численность работников медицинских учреждений в 2019 году стала составлять 98,1% от численности 2017 года.

Все категории медицинского персонала Челябинской области, имеют положительную динамику роста средней заработной платы в период с 2017 года по 2019 год.

Уровень заболеваемости на 1000 человек населения в период с 2017 года по 2019 год, уровень младенческой смертности в 2019 вернулся к уровню 2017 года. Уровень продолжительности жизни с каждым годом повышался и достиг уровня равного 71,6 лет.

2.2 Анализ финансирования сферы здравоохранения в регионе

Средства ОМС предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Доходы бюджета Фонда формируются в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. К доходам бюджета Фонда относятся:

1) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2) платежи Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы;

3) платежи Челябинской области на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;

4) доходы от размещения временно свободных средств;

5) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Челябинской области, в случаях, установленных законом субъекта Российской Федерации;

6) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет Фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

7) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Для анализа финансирования сферы здравоохранения в Челябинской области, следует рассмотреть доходы и расходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, а также рассчитать темпы роста данных показателей (таблица 19).

Таблица 19 – Общий объем доходов бюджета Территориального фонда

обязательного медицинского страхования Челябинской области,

тыс. рублей

Показатель	2017	2018	2019
Общий объем доходов бюджета ТФОМС	35 212 841,5	43 428 492	48 055 707,8

Также для анализа финансирования сферы здравоохранения в Челябинской области, следует рассчитать темпы роста общего объема доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области (таблица 20).

Таблица 20 – Темп роста общего объем доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области

Показатель	2017	2018	2019
Темп роста, %	100	123,3	136,4

Представим на рисунке 33 динамику общего объем доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области.

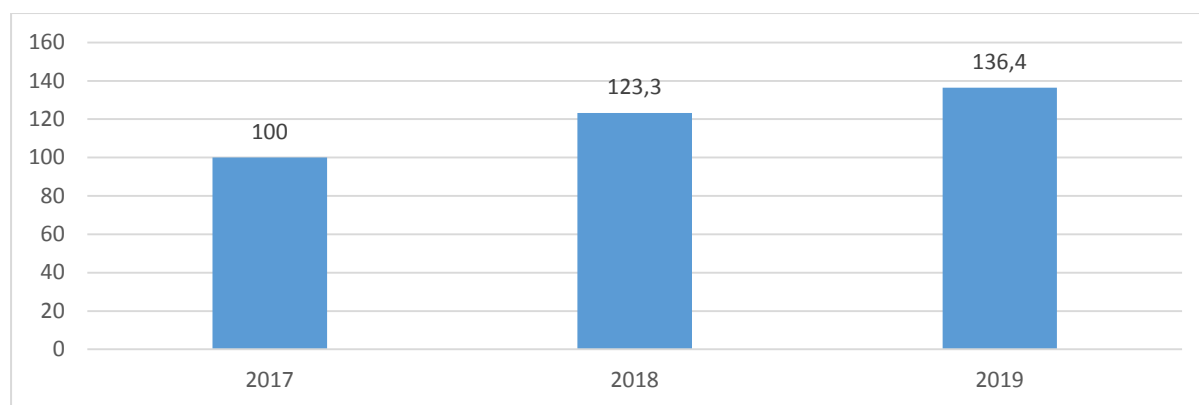


Рисунок 33 – Динамика роста общего объема доходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2017-2019 годах

Таким образом, темпы роста общего объема доходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области имеют положительную динамику, так как, с каждым годом в период с 2017 года по 2019 год растет. В 2018 году уровень доходов вырос на 8 215 650,5 тысяч рублей, что составляет на 23,3% больше уровня предыдущего года. В 2019 году данный показатель вырос на 12 842 866,3 тысячи рублей, то есть на 136,4% от уровня базового 2017 года.

Для анализа финансирования сферы здравоохранения в Челябинской области, следует представить межбюджетные трансферты составляющие общий объем

доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, а также темпы роста показателей (таблица 19).

Таблица 21 – Структура и объем доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области за счет межбюджетных трансфертов,

тыс. рублей

Вид трансферта	2017	2018	2019
<u>Межбюджетные трансферты, получаемые из ФФОМС, всего в том числе:</u>	34519922,3	42133920,8	46581168,7
на выполнение управленческих функций	281 600	281600	294 200
на выполнение территориальной программы ОМС в части базовой программы	34345630,6	41856808,1	46010373,1
на осуществление единовременных выплат медицинским работникам	53 400	–	–
доходы от возврата остатков трансфертов прошлых лет	2 287,2	5 187,1	6 000
возврат остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	-162 995,5	-9 674,4	-6119,9
<u>Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета ЧО, всего в том числе:</u>	396 119,2	819 571,2	824 539,1
на дополнительное финансирование ТП ОМС в части базовой программы	57 975,5	352 553,7	78 468,1
на финансирование дополнительных видов медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС	356 286,8	469 749,8	784 411,7
возврат остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет в областной бюджет	-18 143,1	-2732,3	-38 340,7
<u>Прочие межбюджетные трансферты, всего в том числе:</u>	296 800	475 000	650 000
на оплату за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами региона	296 800	475 000	650 000
Общий объем доходов бюджета ТФОМС	35 212 841,5	43 428 492	48 055 707,8

Также для анализа финансирования сферы здравоохранения в Челябинской области, следует рассчитать темпы роста межбюджетных трансфертов составляющих общий объем доходов бюджета Территориального

фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области(таблица 22).

Таблица 22 – Темпы роста объема межбюджетных трансфертов

Показатель	2017	2018	2019
Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета ФФОМС	100%	122,1%	134,9%
Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета ЧО	100%	206,9%	208,2%
Прочие межбюджетные трансферты	100%	160%	219%

Исходя из данных таблица 21 следует построить диаграмму темпов роста объема доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области за счет межбюджетных трансфертовполучаемых из бюджета ФФОМС (рисунок 34).

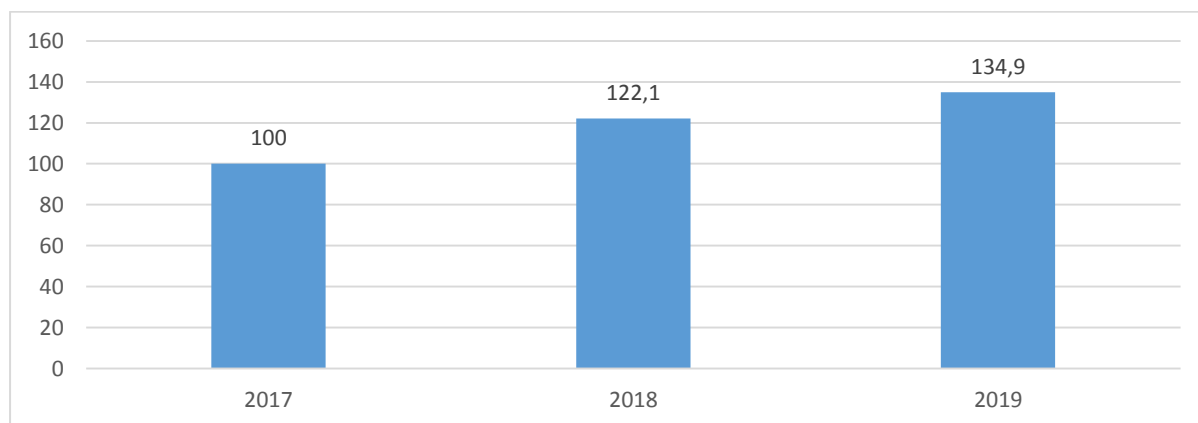


Рисунок 34 – Динамика роста доходов за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из бюджета ФФОМС в 2017-2019 годах

Представим на рисунке 35 динамику роста доходов за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из бюджета Челябинской области в 2017-2019 году.

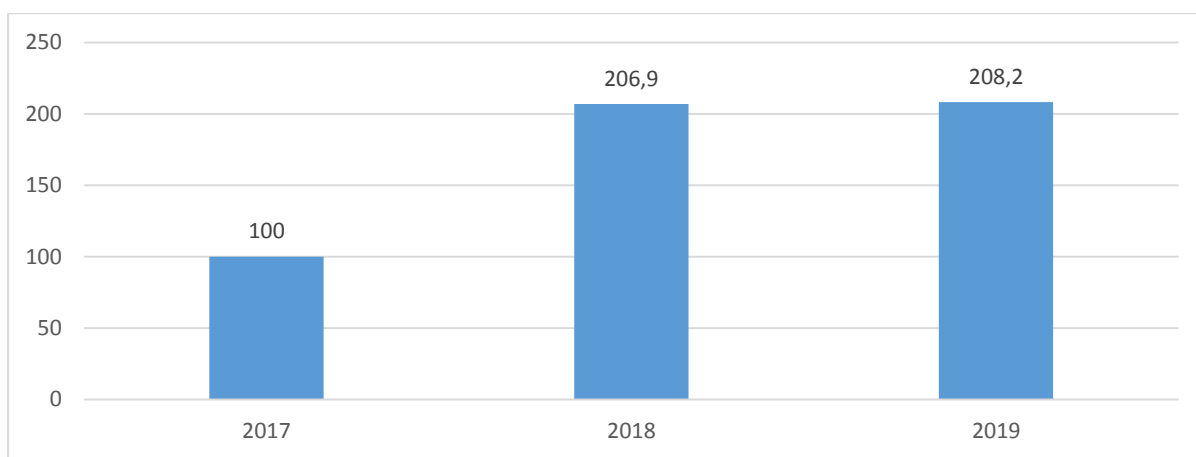


Рисунок 35 – Динамика роста доходов за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из бюджета ЧО в 2017-2019 годах

Представим на рисунке 36 динамику роста доходов за счет прочих межбюджетных трансфертов в 2017-2019 году.

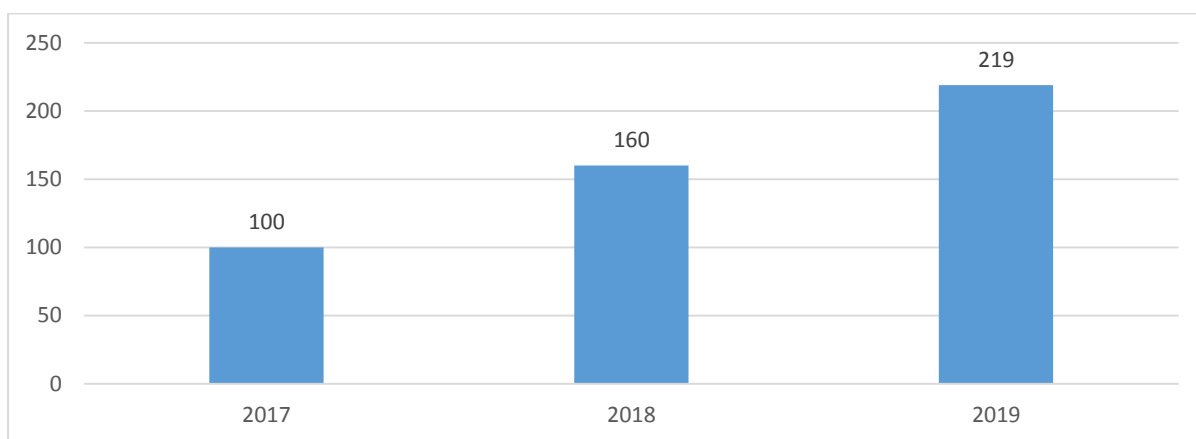


Рисунок 36 – Динамика роста доходов бюджета за счет прочих межбюджетных трансфертов в 2017-2019 годах

Таким образом, каждый вид межбюджетных трансфертов на протяжении трех лет с 2017 года по 2019 год имел положительную динамику роста.

Межбюджетные трансферты, получаемые Территориальным фондом обязательного медицинского страхования в Челябинской области из бюджета Федерального фонда, в 2019 году выросли на 12 061 246,4 тысяч рублей (134,9%) в сравнении с 2017 году.

Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета Челябинской области в 2019 году, выросли на 108,2%, таким образом, больше чем в 2 раза к уровню 2017 года.

Прочие межбюджетные трансферты по итогу 2019 года составили 650 миллионов рублей, что составляет 219% объема доходов от прочих межбюджетных трансфертов 2017 года.

Также, следует представить и проанализировать долю получаемых из бюджетов различных уровней межбюджетных трансфертов в общем объеме доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области (таблица 23).

Таблица 23 – Долю получаемых из бюджетов различных уровней Межбюджетных трансфертов в общем объеме доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования

Показатель	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Сумма, тыс. руб.	Сумма, тыс. руб.	Сумма, тыс. руб.	Уд вес, %	Уд вес, %	Уд вес, %
Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета ФФОМС	34519922,3	42133920,8	46581168,7	98	97	97
Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета ЧО	396 119,2	819 571,2	824 539,1	1,1	1,9	1,7
Прочие межбюджетные трансферты	296 800	475 000	650 000	0,9	1,1	1,3
Итого средства ТФОМС	35212841,5	43428492	48055707,8	100	100	100

Представим на рисунке 37 долю, занимаемую межбюджетными трансфертами в структуре общего объема доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2017 году.

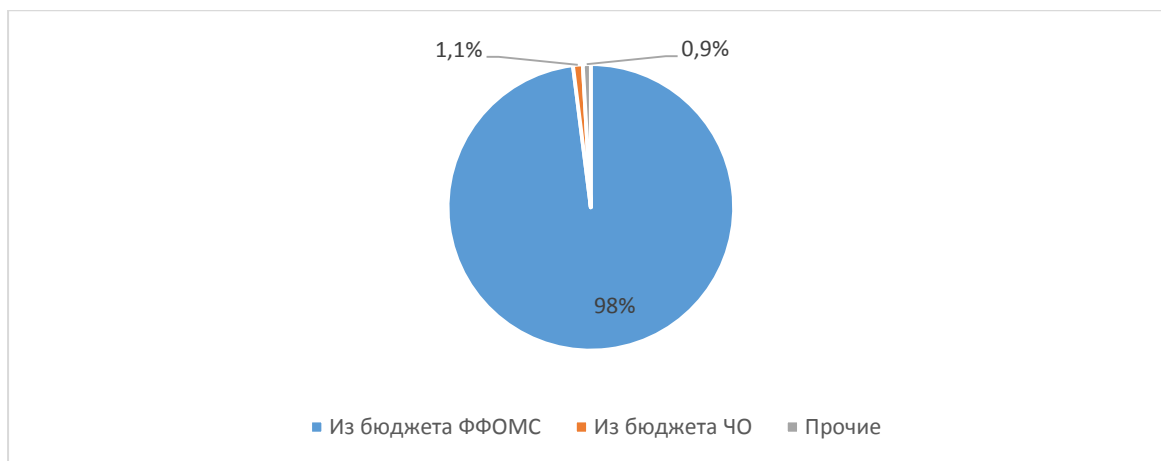


Рисунок 37 – Доля межбюджетных трансфертов в общем объеме доходов Территориального фонда Челябинской области 2017 годах

Представим на рисунке 38 долю, занимаемую межбюджетными трансфертами в структуре общего объема доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2018 году.

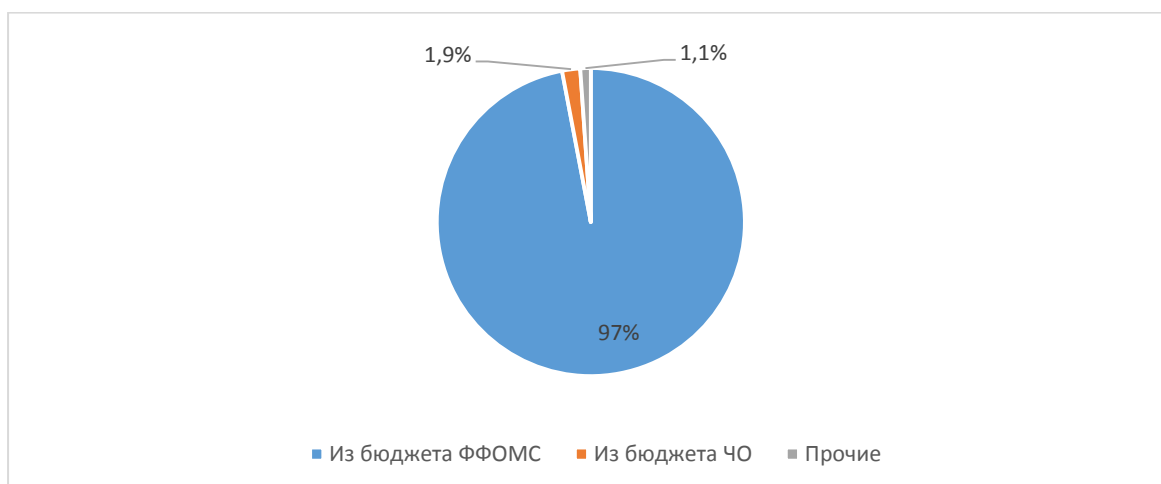


Рисунок 38 – Доля межбюджетных трансфертов в общем объеме доходов Территориального фонда Челябинской области 2018 годах

Представим на рисунке 39 долю, занимаемую межбюджетными трансфертами в структуре общего объема доходов бюджета Территориального

фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2019 году.

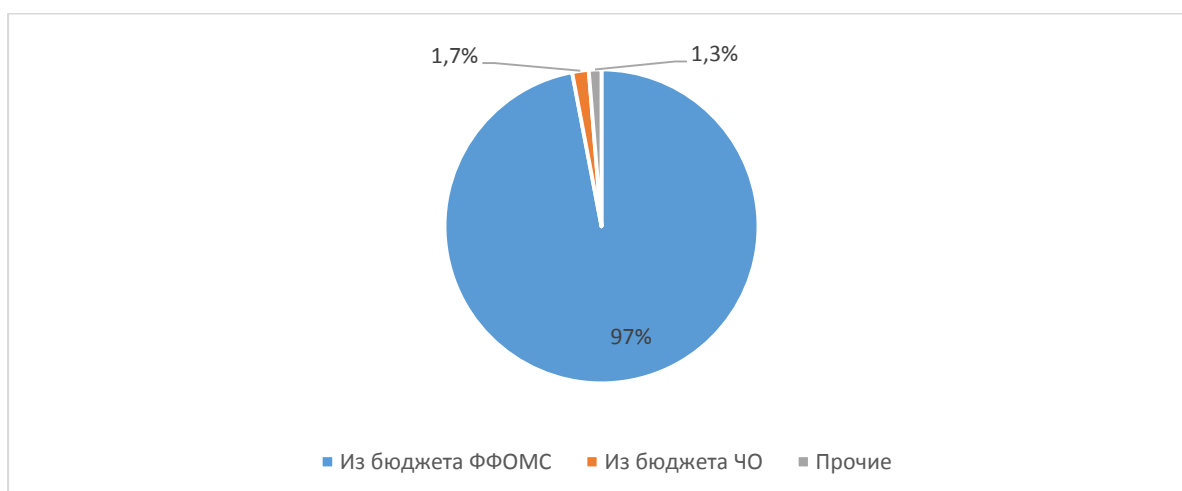


Рисунок 39 – Доля межбюджетных трансфертов в общем объеме доходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области 2019 годах

Доля межбюджетных трансфертов, получаемых из бюджета ФФОМС в период с 2017 по 2019 год по итогу снизилась на 1%. При этом доля межбюджетных трансфертов, переведенных из бюджета Челябинской области, выросла на 0,6% и составила 1,7%. Также за 3 года выросла доля прочих межбюджетных трансфертов с 0,9% до 1,3%.

Таким образом, наибольшую долю в структуре общего объема доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, занимают межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Наименьшую долю занимают прочие межбюджетные трансферты.

Для анализа финансирования сферы здравоохранения в Челябинской области, следует рассмотреть общий объем расходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области (таблица 24).

Таблица 24 – Общий объем утвержденных расходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования

тыс. рублей

Показатель	2017	2018	2019
Общий объем расходов бюджета ТФОМС	35545837	41007604,3	44848319,8

Также для анализа финансирования сферы здравоохранения в Челябинской области, следует рассчитать динамику роста общего объема расходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области (таблица 25).

Таблица 25 – Темп роста общего объем расходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования

Показатель	2017	2018	2019
Темп роста, %	100	122,7	136,9

Представим на рисунке 40 динамику общего объем расходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области.

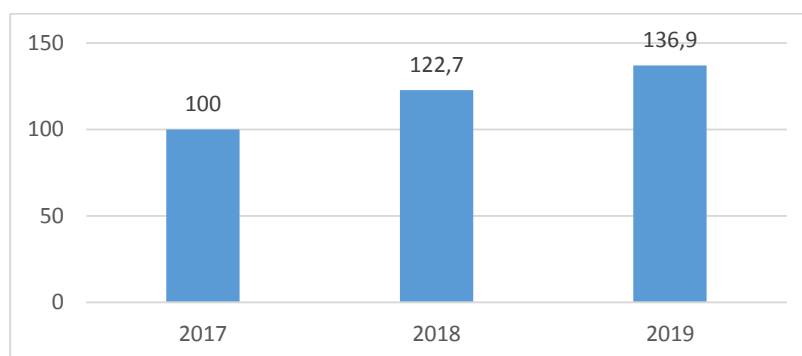


Рисунок 40 – Динамика роста общего объема доходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2017-2019 годах

По итогу на 2019 год, темпы роста общего объема расходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области имеют положительную динамику. С каждым годом в период с 2017 года по 2019 год объем утвержденных средств расходной статьи растет. В 2018 году уровень расходов вырос на 8 083 056,5 тысяч рублей, что составляет на 22,7% больше уровня предыдущего года. В 2019 году данный показатель вырос на 13 121 610,5 тысячи рублей, что составляет 136,9% от уровня базового 2017 года.

Также, для исследования финансирования сферы здравоохранения Челябинской области, необходимо разобрать сумму расходов на здравоохранение в общем объеме расходов консолидированного бюджета региона, и расчет доли на здравоохранение к общей сумме расходов консолидированного бюджета (таблица 26).

Таблица 26 – Доля расходов на здравоохранение в общем объеме расходов консолидированного бюджета Челябинской области

Показатель	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Сумма, тыс. руб.	Сумма, тыс. руб.	Сумма, тыс. руб.	Уд вес, %	Уд вес, %	Уд вес, %
Расходы на здравоохранение	47 280 500	51 984 492	58 690 337	26,8	26,1	25,9
Общая сумма расходов консолидированного бюджета	176 042 181	199 179 470	226 239 846,5	100	100	100

Таким образом, доля расходов областного бюджета на здравоохранение в общем объеме расходов консолидированного бюджета Челябинской области, на протяжении всего периода с 2017 по 2019 год составляла в среднем 26,2%. При том что объем расходов консолидированного бюджета Челябинской области рос, также как и объем расходов на здравоохранение.

Рассмотрим темп роста расходов бюджета Челябинской области на здравоохранение в 2017-2019 году (таблица 27).

Таблица 27 – Темп роста расходов бюджета Челябинской области на здравоохранение

Показатель	2017	2018	2019
Темп роста, %	100	109,9	124,1

Представим на рисунке 41 динамику объема расходов бюджета Челябинской области на здравоохранение.

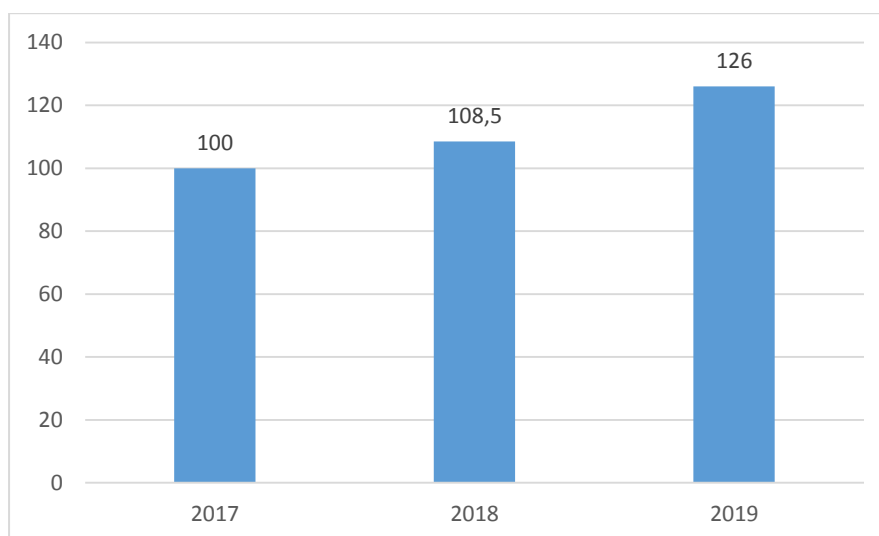


Рисунок 41 – Динамика роста расходов бюджета Челябинской области на здравоохранение в 2017-2019 годах

По итогу на 2019 год, темпы роста расходов консолидированного бюджета Челябинской области имеют положительную динамику. С каждым годом в период с 2017 года по 2019 год объем расходов на здравоохранение растет. В 2018 году уровень расходов вырос на 1 147 750 тысяч рублей, что на 8,5% больше уровня предыдущего года. В 2019 году данный показатель вырос на 3 520 095 тысячи рублей, что составляет 126% от уровня базового 2017 года.

Распределение расходов областного бюджета по государственным программам Челябинской области, также позволяет проанализировать и исследовать финансирование сферы здравоохранения Челябинской области (таблица 28).

Таблица 28 – Программные расходы бюджета Челябинской области,

тыс. рублей

Показатель	2017	2018	2019
«Развитие здравоохранения Челябинской области», в том числе:	25 506 115,1	32 970 841,7	33 527 761,3
Управление развитием отрасли здравоохранения	16 152 200	-	17 687 200
Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»	1 906 800	-	2 063 700
Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях	2 180 100	-	2 971 900
Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации	3 429 500	-	4 967 300
Территориальная программа государственных гарантий	13 385 022,6	13 422 978,6	13 959 720,8
Другие вопросы в области здравоохранения	8 389 362,3	5 590 671,7	11 202 854,9
Итого расходов на здравоохранение	47 280 500	51 984 492	58 690 337

Также, следует рассчитать темпы роста программных расходов бюджета Челябинской области (таблица 29).

Таблица 29 – Темп роста программных расходов бюджета Челябинской области

Темп роста, %	2017	2018	2019
«Развитие здравоохранения Челябинской области»	100	129,2	131,4
Территориальная программа государственных гарантий	100	100,3	104,3
Другие вопросы в области здравоохранения	100	66,6	133,5

Представим на рисунке 42 динамику роста программных расходов консолидированного бюджета Челябинской области в 2017-2019 годах.

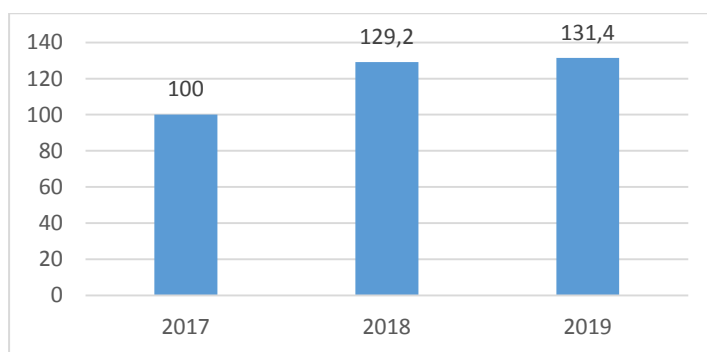


Рисунок 42 – Динамика роста расходов бюджета Челябинской области на «Развитие здравоохранения Челябинской области» в 2017-2019 годах

Рассмотрим на рисунке 43 динамику роста расходов бюджета Челябинской области на Территориальную программу государственных гарантий в 2017-2019 годах.

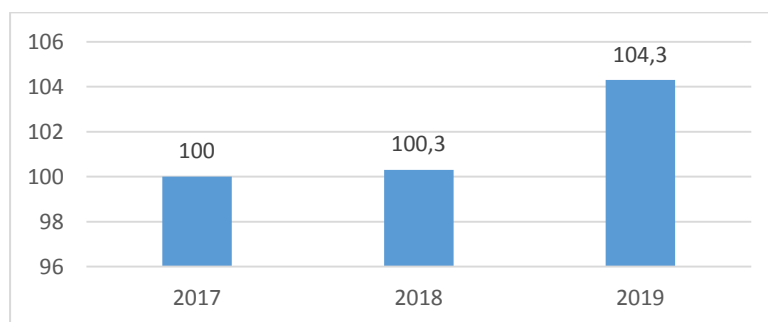


Рисунок 43 – Динамика роста расходов бюджета Челябинской области на Территориальную программу государственных гарантий в 2017-2019 годах

Рассмотрим на рисунке 44 динамику роста расходов бюджета Челябинской области на другие вопросы в области здравоохранения в 2017-2019 годах.

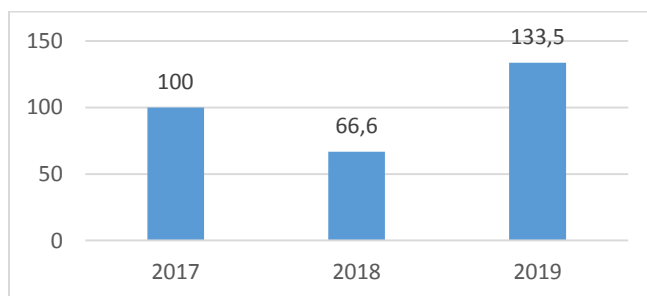


Рисунок 44 – Динамика роста расходов бюджета Челябинской области на Другие вопросы в области здравоохранения в 2017-2019 годах

Финансирование государственной программы «Развитие здравоохранения Челябинской области» имеет положительный темп роста, в период с 2017 года по 2019 год выросло на 8 021 646,2 тыс. рублей, что составляет 131,4% от показателя 2017 года.

Рост расходов бюджета Челябинской области на Территориальную программу государственных гарантий в 2017-2019 годах, также имеет положительную динамику, так как, расходы на данную программу в 2019 году выросли на 4,3% в сравнении с уровнем базового года.

Также следует разобрать и провести анализ Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области за 2017-2019 года и ее источники финансирования с расчетом доли и темпов роста.

Стоимость Территориальной программы государственных гарантий – это сумма средств консолидированного бюджета Челябинской области и стоимость Территориальной программы ОМС (таблица 30).

Таблица 30 – Стоимость и структура Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области,

тыс. рублей

Источники финансирования Территориальной программы	2017	2018	2019
I. Средства консолидированного бюджета Челябинской области	13 385 022,63	13 422 978,62	13 959 720,83
II. Стоимость Территориальной программы ОМС, всего	34 785 874,04	42 718 637,54	44 157 719,80
1. Стоимость Территориальной программы ОМС за счет средств ОМС в рамках Базовой программы, в том числе:	34 429 587,22	42 248 887,78	43 445 405,10
1) субвенции из бюджета ФФОМС	34 345 630,60	41 856 808,10	43 402 406,60
2) межбюджетные трансферты из бюджета Челябинской области на финансирование ТП ОМС	57 975,45	35 2553,68	32 691,20
3) прочие поступления	25 981,17	39 526,00	10 307,30

Окончание таблицы 30

2. Межбюджетные трансферты из бюджета области на финансирование дополнительных медицинской помощи, не установленных БП ОМС, из них:	356 286,82	469 749,76	712 314,70
1) межбюджетные трансферты, на финансовое обеспечение дополнительных видов медицинской помощи	356 286,82	469 749,76	712 314,70
2) межбюджетные трансферты, передаваемые из области в бюджет Фонда на финансирование расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках БП ОМС	0,00	0,00	0,00
Стоимость Территориальной программы государственных гарантий, всего	48 170 896,67	56 141 616,16	58 117 440,63

Рассмотрим на основе данных таблицы 31 темпы роста расходов на Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области.

Таблица 31 – Темп роста расходов на Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области

Источники финансирования	Темпы роста, %			Удельный вес, %		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Средства консолидированного бюджета Челябинской области	100	101	107	29	25	25
Средства ТФОМС	100	123	126	71	75	75
Стоимость Территориальной программы государственных гарантий, всего	100	116,5	120,6	100	100	100

Представим на рисунке 45 динамику роста расходов консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы.

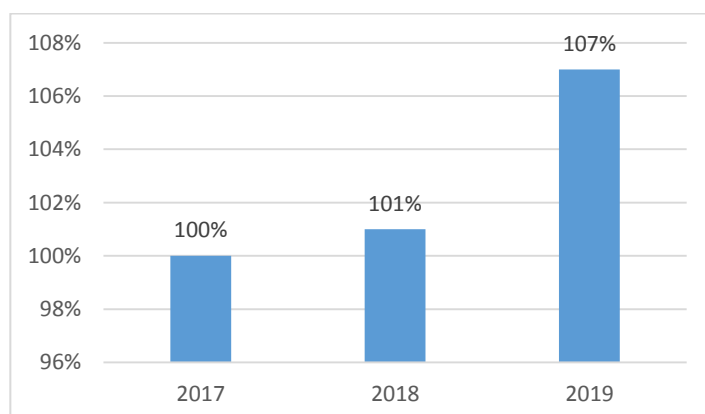


Рисунок 45 – Динамика роста расходов консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы

К 2019 году темп роста расходов консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы, составил 107% от уровня расходов 2017 года, так как показатель вырос на 930 726тысяч рублей.

Представим на рисунке 46 динамику роста расходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования на Территориальную программу.

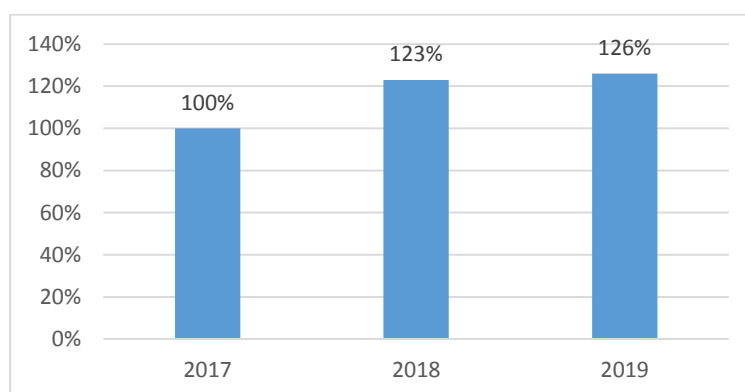


Рисунок 46 – Динамика роста расходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования на Территориальную программу

В 2019 году расходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования, направленные на финансирование Территориальной программы, выросли на 9 946 543,96 тысяч рублей, то есть на 26% от суммы 2017 года. Таким образом, темпы роста расходов консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы и стоимости Территориальной программы ОМС в период с 2017 года по 2019 год имели положительную динамику.

Представим на рисунке 47 динамику роста общей стоимости Территориальной программы государственных гарантий.

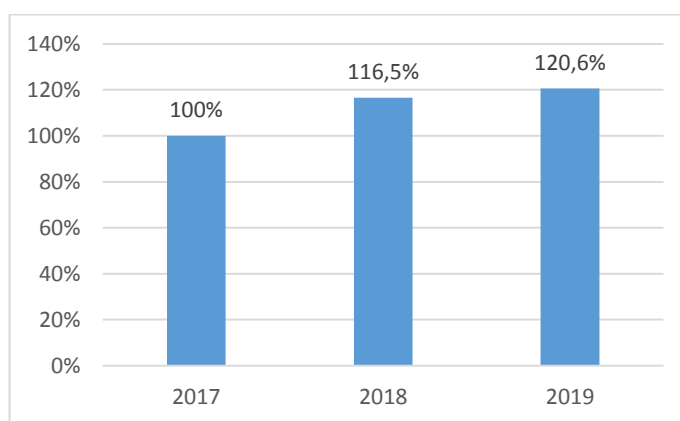


Рисунок 47 – Динамика роста общей стоимости Территориальной программы государственных гарантий

Общая стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области за 2017-2019, также как и структурные составляющие имеет положительную динамику, по итогу на 2019 год темп роста стоимости Территориальной программы составил 120,6% от уровня 2017 года.

Также следует исследовать долю, занимаемую расходами консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы и долю расходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования на Территориальную программу государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области (рисунок 48).

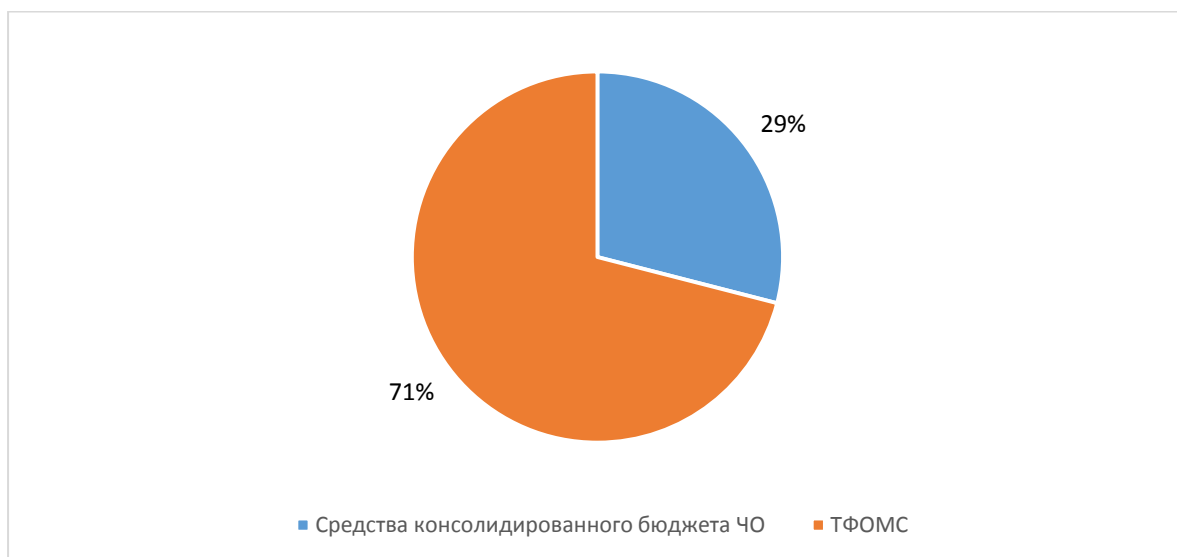


Рисунок 48 – Доля источников финансирования Территориальной программы государственных гарантий в 2017 году

Рассмотрим на рисунке 49 долю источников финансирования Территориальной программы государственных гарантий в 2019 году.



Рисунок 49 – Доля источников финансирования Территориальной программы государственных гарантий в 2019 году

Доля консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы государственных гарантий в период с 2017 по 2019 год по итогу снизилась на 4%. При этом доля средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования в финансировании Территориальной программы государственных гарантий, выросла на 4% и составила 75% в общей сумме стоимости Территориальной программы государственных гарантий.

Наибольшую долю в структуре источников финансирования Территориальной программы государственных гарантий составляют средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Для анализа финансирования сферы здравоохранения в Челябинской области, следует также рассмотреть стоимость Территориальной программы на одного жителя в год, а также рассчитать темпы роста данных показателей (таблица 32).

Таблица 32 – Стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области, на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год, руб.

Источники финансирования Территориальной программы	2017	2018	2019
I. Средства консолидированного бюджета Челябинской области	3 823,51	3 823,51	3 976,40
II. Стоимость Территориальной программы ОМС, всего	9 794,69	12 013,89	12 418,61
1. Стоимость Территориальной программы за счет средств ОМС в рамках Базовой программы, в том числе:	9 694,37	11 881,78	12 218,29
2. Межбюджетные трансферты из бюджета области на финансирование дополнительных медицинской помощи, не установленных БП ОМС, из них:	100,32	132,11	200,32
Стоимость Территориальной программы государственных гарантий, всего	13 760,3	15 991,83	16 554,64

Для анализа финансирования сферы здравоохранения в Челябинской области, следует рассчитать темпы роста стоимости Территориальной программы на одного жителя в год (таблица 33).

Таблица 33 – Темпы роста стоимости Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области, на 1 жителя в год

Источники финансирования ТППГ	2017	2018	2019
Средства консолидированного бюджета Челябинской области	100%	100%	104%
Средства ТФОМС	100%	122,6%	126,8%
Общая сумма финансирования Территориальной программы государственных гарантий, всего	100%	116,2%	120,3%

Представим на рисунках 50 динамику роста стоимости Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области в расчёте на 1 жителя в год.

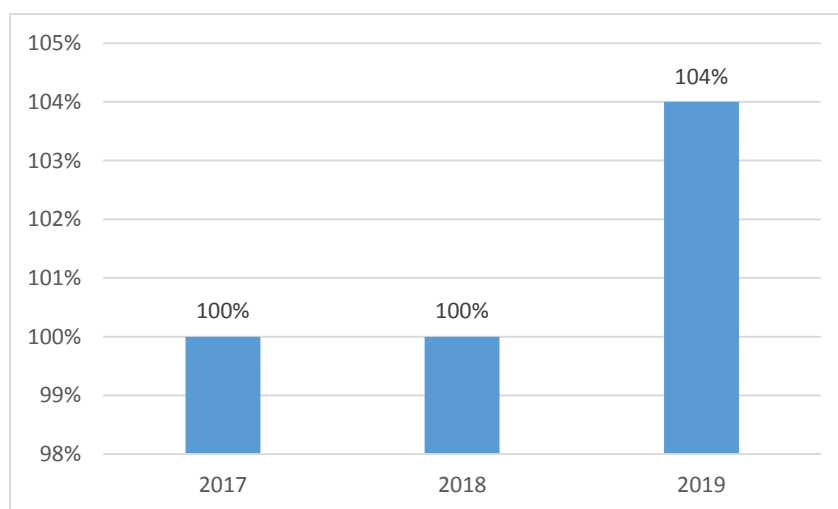


Рисунок 50 – Динамика роста расходов консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя в год

Представим на рисунке 51 динамику роста расходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование Территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя в год.

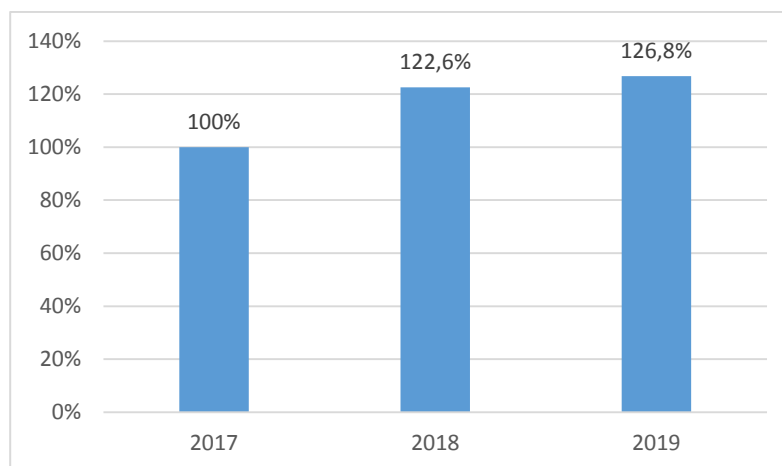


Рисунок 51 – Динамика роста расходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование Территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя в год

Представим на рисунке 52 динамику роста стоимости Территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя в год

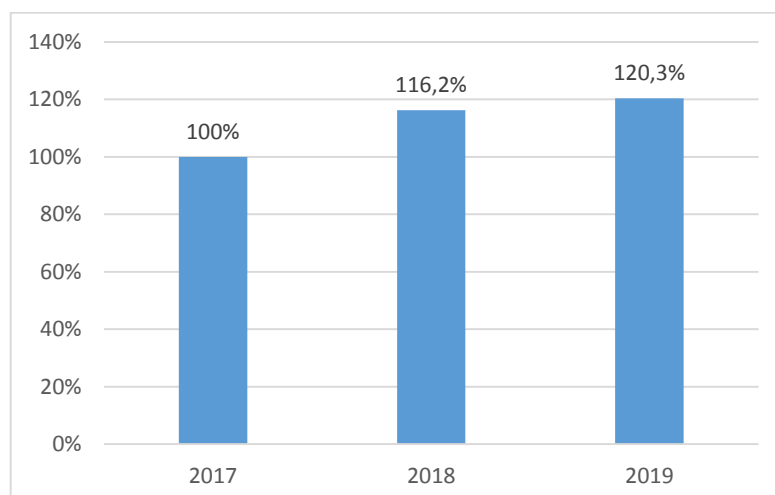


Рисунок 52 – Динамика роста общей стоимости Территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя в год

Таким образом, динамика роста расходов консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы, на 1 жителя в год, в 2019 году составила 104% от расходов 2017 года.

Темпы роста средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя в год имели положительную динамику и в период с 2017 по 2019 год выросли 26,8%, также как и общая стоимость программы.

Общая сумма финансирования Территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя, выросла на 20,3% в сравнении с уровнем стоимости в 2017 году.

По итогу все показатели стоимости финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области, на одно застрахованное лицо, имели положительную динамику роста.

Выводы по параграфу. Общий объем доходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области имеет положительную динамику и с каждым годом в период с 2017 года по 2019 год растет. В 2018 году уровень доходов вырос на 8 215 650,5 тысяч рублей, что составляет на 23,3% больше уровня предыдущего года. В 2019 году данный показатель вырос на 12 842 866,3 тысячи рублей, то есть на 136,4% от уровня базового 2017 года.

Каждый вид межбюджетных трансфертов, поступающих в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, на протяжении трех лет с 2017 года по 2019 год имел положительную динамику роста.

Межбюджетные трансферты, получаемые Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Челябинской области из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в 2019 году выросли на 34,9%.

Межбюджетные трансферты, получаемые из бюджета Челябинской области в 2019 году, выросли на 108,2%.

Прочие межбюджетные трансферты по итогу 2019 года составили 650 миллионов рублей, что составляет 219% объема доходов от прочих межбюджетных трансфертов 2017 года.

В 2019 году доля межбюджетных трансфертов, получаемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования составляла 97%, доля межбюджетных трансфертов, получаемых из бюджета Челябинской области равна 1,7%, доля прочих межбюджетных трансфертов на оплату за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами региона, достигала 1,3%.

В 2019 году, темпы роста общего объема расходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области имели положительную динамику. В 2019 году данный показатель вырос на составляет 36,9%.

Доля расходов областного бюджета на здравоохранение в общем объеме расходов консолидированного бюджета Челябинской области направленных на стационарную медицинскую помощь, субвенции, субсидии бюджетным учреждениям, амбулаторную помощь и другие вопросы в области здравоохранения, на протяжении всего периода с 2017 по 2019 год составляла в среднем 7,5%.

С каждым годом в период с 2017 года по 2019 год объем расходов на здравоохранение рос. В 2019 году данный показатель вырос на 3 520 095 тысячи рублей, что составило 126% от уровня базового года.

Общая стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области за 2017-2019, также как и структурные составляющие имеет положительную динамику, по итогу на 2019 год темп роста стоимости Территориальной программы составил 120,6% от уровня 2017 года.

Доля консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы государственных гарантий в период в 2019 году составила 25%. Доля средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования в финансировании Территориальной программы государственных гарантий, выросла на 4% и составила 75% в общей сумме финансирования Территориальной программы государственных гарантий.

Рост расходов консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы, на 1 жителя в год, в 2019 году составила 104% от расходов 2017 года.

Темпы роста средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя в год, в период с 2017 по 2019 год выросли 26,8%.

Общая сумма финансирования Территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя, выросла на 20,3% в сравнении с уровнем стоимости в 2017 году.

3 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ

3.1 Основные направления совершенствования управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения в регионе

Совершенствование управления сферой здравоохранения, трактуется как усовершенствование социально-экономической эффективности функционирования и развития охраны здоровья, ее роли и целей в обеспечении и организации защиты и укрепления здоровья населения.

На сегодняшний день к одному из базовых принципов развития экономики любого государства мира относится решение проблем охраны здоровья населения. Данная отрасль играет ведущую роль в повышении уровня и качества жизни населения страны по средствам оказания высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи, что повышает рост национального дохода как в целом по стране, так и на душу населения.

Основные результаты достижения усовершенствования социально-экономической эффективности функционирования и развития здравоохранения можно представить как:

- увеличение продолжительности жизни;
- снижение заболеваемости на 1000 человек населения;
- снижение коэффициента младенческой смертности;
- смертность населения в трудоспособном возрасте на 100 000 человек населения;
- увеличение средней заработной платы работников медицинских учреждений Челябинской области;
- повышение числа больничных коек в медицинских учреждениях Челябинской области;
- повышение доступности и качества медицинских услуг.

Система одноканального финансирования позволила связать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские учреждения, с объемами и сложностью оказываемой ими медицинской помощи и достигаемыми результатами, таким образом, расходовать государственные средства эффективно.

Принцип объединения средств из разных источников должен стать основой финансирования и такой сложной части системы здравоохранения, как оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Для эффективного использования государственных средств объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые федеральными медицинскими учреждениями, следует планировать и оплачивать не автономно, а с планированием объемов помощи, оказываемых другими медицинскими организациями.

Медицинская помощь является бесплатной для населения, что накаляет проблему формирования источников и объемов финансирования сферы здравоохранения. Финансовых ресурсов должно быть достаточно не только для поддержания текущего функционирования сферы здравоохранения, но и её перспективного эффективного и результативного развития. Вместе с тем, дефицит ресурсов бюджетов публично-правовых образований, системы обязательного медицинского страхования детерминирует рост частных расходов на здравоохранение, а в неблагоприятных экономических условиях – стимулирует рост теневой экономики в данном секторе.

Наиболее ощущаемой проблемой, мешающей эффективному функционированию системы здравоохранения, выступает неэффективное использование средств из бюджета, можно сделать вывод, что финансирование государственной программы «развитие здравоохранения» используются неэффективно.

Повышать уровень эффективности исполнения федеральных ресурсов, следует осуществлять с учетом таких мер, как:

– рациональное распределение бюджетных ассигнований по статье расходов на здравоохранение, эффективное и рациональное использование;

- привлечение дополнительных финансовых ресурсов;
- ужесточение контроля за реализацией средств, выделяемых из федерального бюджета.

Следует рассмотреть основные проблемы управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения и пути их решения, подробнее (рисунок 53).



Рисунок 53 – Основные проблемы управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения

Одной из значимых проблем управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения является недостаточное финансирование отрасли. В последние годы финансирование здравоохранения в Российской Федерации можно назвать недостаточно полноценным, с 2015 года финансирование базируется на остаточном принципе. Согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждое государство, развитое и развивающиеся государство, должно тратить не менее 6% ВВП. В России на данный момент на здравоохранение тратится меньше 6% от ВВП. По этому показателю Россия в разы уступает западноевропейским странам. В США данный показатель равен 8,1% от ВВП, в Германии 8,6%, во Франция 9% и в Голландия 9,9%.

Таким образом, для решения данной проблемы следует принять следующие меры:

1) Модернизация первичной медицинской помощи, а также, именно ее амбулаторно-поликлинического уровня. Дополнительные вложения должны превышать затраты на высокотехнологичную помощь минимум в три раза.

После решения данной проблемы следует переходить к другим проблемам здравоохранения Российской Федерации. По мнению ученых, на это уйдет не менее 4 лет.

2) Упрощение механизма финансирования и сокращение количества финансовых потоков в отрасли — это переход на принципы одноканального финансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги.

Основными задачами одноканальной системы финансирования являются: повышение качества и доступности медико-санитарных услуг, создание и развитие конкурентного рынка медицинских услуг, усиление профилактической составляющей и повышение эффективности использования трудовых и финансовых ресурсов здравоохранения.

Преимущества одноканальной системы: финансовое обеспечение медицинских услуг в полном объеме с учетом реальных затрат учреждений здравоохранения, направленное на изменение структуры и качества медицинской помощи, доступность медицинских услуг для всех категорий граждан независимо от места их проживания (принцип экстерриториальности), реализуемая по средствам введения единых федеральных стандартов оказания как стационарной медицинской помощи, так и подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, повышение эффективности использования бюджетных средств, ужесточение контроля качества со стороны страховых организаций.

3) Максимальное использование финансово-экономических методов управления, которые будут направлены на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы охраны здоровья населения.

4) Снижение неравенства в объемах, качестве и доступности медицинских услуг между населением различных форм муниципальных образований (городские, сельские). Решение проблем дорожной и транспортной инфраструктуры для более доступного оказания медицинской помощи, предоставление жилья на время прохождения обследования и лечения, интеграция с социальными службами.

Также не менее важной проблемой является дефицит кадров.

Проходящие в Российской Федерации сокращение, усугубляют данную проблему. Также, дефициту способствуют: отсутствие четкой системы закрепления медицинских кадров и недостаточное количество выпускников медвузов, которые работают по специальности. В таких условиях доступность и качество медицинской помощи снижается.

Решение данной проблемы заключается в повышении социального статуса медицинских работников. Снижению кадрового дефицита может способствовать развитие целевого приема в медицинские вузы, обеспечение врачей жильем, увеличение базового оклада работников медицинских учреждений.

Еще снижению дефицита, поможет решение таких задач, как:

- оценка, направленная на изучение потребностей и соответствующей профессиональной подготовки;
- пересмотр политики премирования;
- внедрение гибких контрактов, основанных на результатах деятельности;
- осуществление перераспределения обязанностей.

Ненадлежащее оказание медицинских услуг, также является одной из проблем управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения.

Проявление данной проблемы заключается:

- в ненадлежащем уровне управленческих ресурсов для координации и контроля;
- в избыточном количестве больниц и больничных коек в одних районах и недостаточное в других;

– в недостаточном знании или использовании клинических стандартов и протоколов, недостаток рекомендаций, ненадлежащий надзор.

Решить данную проблему, следует путем введения в больничное планирование методов оценки ресурсов и результатов деятельности, еще следует, привести в соответствие управленческий потенциал с размерами и снизить избыточную мощность, чтобы поднять коэффициент использования до 80-90%.

Также, требуется модернизация стандартов гигиены в больницах, обеспечение непрерывности медицинской помощи, проведение клинического аудит и осуществление мониторинга результатов деятельности медицинских учреждений.

Таким образом, совершенствования управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения заключается в:

– сочетании социальной солидарности и справедливости при формировании финансового обеспечения государственных гарантий с адресной направленностью расходования финансовых средств при оказании медицинской помощи конкретному гражданину Российской Федерации;

– одноканальном финансировании медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, по страховому принципу оплаты всех расходов;

– развитие межбюджетных взаимоотношений с целью выравнивания финансовых условий в муниципальных образованиях, субъектах Российской Федерации для обеспечения тарифа на выполнение государственных обязательств в сфере здравоохранения;

– переход от затратного (сметного) принципа формирования доходов и финансирования медицинских организаций из государственных источников к бюджетированию, ориентированному на результат (БОР);

– развитие форм Добровольного медицинского страхования будет способствовать легализации практики включения в программы ДМС медицинских услуг и лекарственного обеспечения. Это способствует снижению

стоимости программ ДМС соответственно увеличению их доступности для граждан и расширению круга лиц, получающих медицинское обслуживание, финансируемое за счет легального сочетания общественных и частных интересов;

– преобразование лечебно-профилактических учреждений в новые формы в сочетании с мерами по модернизации системы ОМС. Это позволит медицинским организациям мотивироваться к повышению эффективности использования имеющихся ресурсов. Для ускорения процесса реструктуризации здравоохранения следует обеспечить концентрацию основной доли бюджетных средств в территориальных фондах ОМС в виде трансфертов на ОМС неработающего населения.

Также для реализации совершенствование управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения региона, следует выделить следующие направления на рисунке 54.

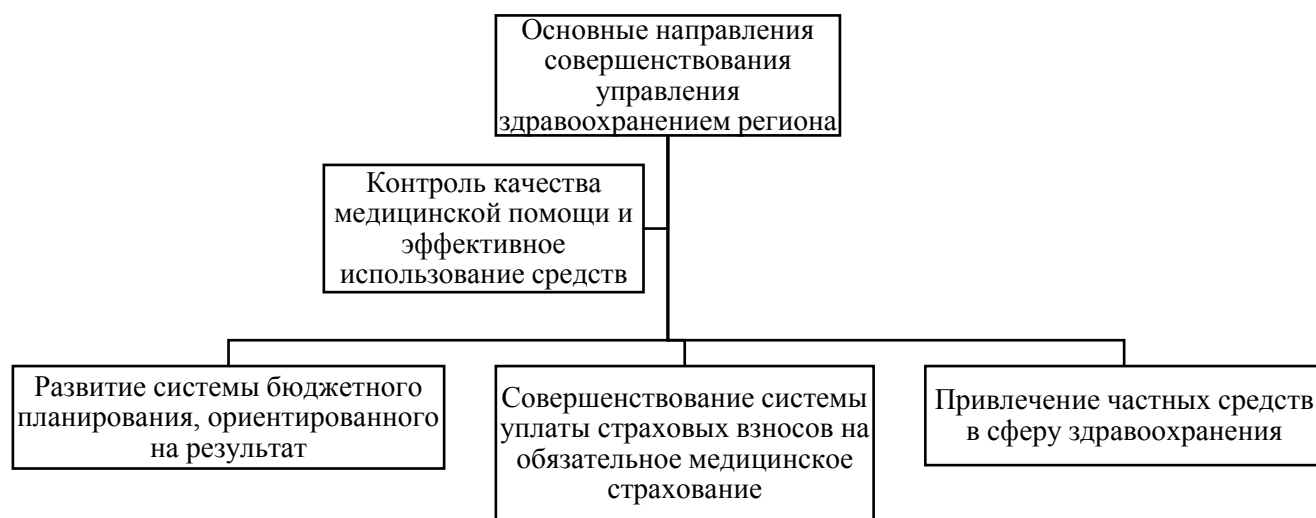


Рисунок 54—Основные направления совершенствования управления финансированием здравоохранения региона

Контроль качества медицинской помощи и эффективное использование средств.

Материальными ресурсами учреждения здравоохранения определяют как: запасы, средства и предметы труда, что является основными и оборотными средствами.

Основные средства предназначены для использования в течение нескольких лет или десятилетий (здания различного назначения, сооружения, коечный фонд, измерительные и регулирующие приборы, медицинское оборудование, транспортные средства, инструменты и приспособления длительного (более года) пользования, производственный и хозяйственный инвентарь).

В составе основных средств для повышения эффективности их использования выделяют активную часть — это медицинское оборудование, измерительные и регулирующие приборы, устройства, с помощью которых непосредственно осуществляется лечебно-диагностический процесс. Основные средства труда всегда установлены на месте их эксплуатации.

Оборотные средства учреждений здравоохранения представляют собой предметы одноразового пользования, лекарственные средства, инвентарь, денежные ресурсы и прочее (производственные материальные запасы, малоценные и быстроизнашивающиеся предметы и расходы будущих периодов, таким образом, предметы труда на разных стадиях процесса оказания медицинской помощи).

Эффективное использование средств медицинскими учреждениями предполагает анализ использования материальными ресурсами медицинских учреждений, определение оптимального достижения положительного медицинского и экономического эффекта.

Экономическая эффективность в здравоохранении не может быть определяющим критерием, главным является медицинская и социальная эффективность мероприятий по охране здоровья. Медицинская эффективность является доминирующей, требующей значительных затрат, отдача от которых может иметь место в отдаленном будущем или исключается.

Экономическая эффективность здравоохранения создает определенные виды экономических выгод для государства: снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смертности, уменьшение затрат на медицинскую помощь.

Экономические аспекты здравоохранения не преследуют целей снижения затрат на здравоохранение. Следует не экономить средства, а искать пути и методы их наиболее рационального использования для здравоохранения.

Эффективное использование средств медицинскими учреждениями используется экономический анализ, который заключается в сопоставлении затрат и полученного эффекта.

Анализ деятельности медицинских учреждений проводимы в отношении эффективности, проводится по следующим направлениям:

- использование основных фондов;
- эффективность использования коечного фонда и медицинского оборудования;
- оценка финансовых расходов и стоимость различных видов медицинской помощи;
- использование медицинского и прочего персонала.

Также, рассчитываются основные экономические показатели: общий экономический ущерб в связи с заболеваемостью, инвалидностью и смертностью, предотвращенный экономический ущерб и критерий экономической эффективности медицинской помощи.

Таким образом, экономический анализ предусматривает изучение себестоимости и цен на оказываемые медицинские услуги, рентабельности и прибыли от их реализации. Это позволяет дать оценку хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения, выявить его внутренние резервы и правильно выбрать требуемые направления вложения собственных и заемных средств.

Контроль качества медицинских учреждений, предполагает внедрение современных информационных систем в здравоохранение:

Основной целью мероприятий по информатизации системы здравоохранения должно стать обеспечение эффективной информационной поддержки системы здравоохранения, граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания.

Результатом производимых мероприятий должно стать создание регионального сегмента информационной системы, содержащей данные об оказанной медицинской помощи и ресурсном обеспечении здравоохранения, наполнение которого осуществляется медицинскими организациями на основании первичных данных.

Совершенствование системы уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Совершенствование системы уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование, следует проводить с помощью реализации мероприятий, таких как:

- 1) модернизация нормативно-правовой базы с установлением простого и понятного устройства финансирования обязательного и дополнительного медицинского страхования с передачей полномочий местным органам власти по формированию и расходованию средств медицинского страхования через местный бюджет;

- 2) организация открытости потоков финансовых ресурсов в системе ОМС;

- 3) упрощение организационной структуры системы государственного медицинского страхования за счет расширения количества страховых компаний и гарантий со стороны государства;

- 4) создание устройств участия юридических и физических лиц в расходах на оказание медицинской помощи в совмещении с реализацией устройств адресности социальной защиты отдельных групп граждан;

5) разработка и модернизация единой системы оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках медицинского страхования;

6) снижение тарифов на медицинское страхование за счет сжатия организационно-штатных структур всех уровней системы медицинского страхования;

7) переход к финансированию основной части медицинских услуг лицам пенсионного возраста за счет обязательных сбережений целевого характера по принципу накопительной системы;

8) разработка устройств выравнивания ресурсных возможностей регионов по предоставлению финансовых ресурсов медицинского страхования за счет средств бюджетов вышестоящих уровней;

9) сужение сферы прямого бюджетирования системы обязательного медицинского страхования;

10) создание и развитие механизмов финансового взаимодействия взносов юридических и физических лиц в системе обязательного медицинского страхования с увеличением роли местных бюджетов.

Таким образом, для решения данной проблемы, следует усовершенствовать законодательную базу, а также создавать и модернизировать механизмы совершенствования системы уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Привлечение частных средств в сферу здравоохранения.

Государственно-частное партнерство (сотрудничество) в сфере охраны здоровья содержит обширный круг публично-правовых отношений.

Механизмы государственно-частного партнерства, трактуются законодательством Российской Федерации, как заключение концессионных соглашений.

Базовые принципы сотрудничества государства и частного сектора в сфере охраны здоровья населения Российской Федерации:

– законность;

- социально-экономическая эффективность;
- обоснованность принимаемых органами государственной власти управленческих решений;
- взаимовыгодность;
- объединение ресурсов для достижения конкретных целей и результатов;
- разделение ответственности и рисков между частными и публичными партнерами;
- обеспечение государством контроля и мониторинга за реализацией проектов государственно-частного сотрудничества;
- сохранение объектов здравоохранения, объемов, видов и условий оказываемой населению конкретного субъекта Российской Федерации медицинской помощи, также доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Для привлечения частных средств, следует предпринимать следующие меры:

- 1) модернизация нормативно-правовой базы регулирования деятельности частной системы в сфере охраны здоровья;
- 2) гарантирование прав хозяйствующих субъектов при целевом использовании имеющихся объектов недвижимости в частной системе здравоохранения;
- 3) создание благоприятных условий для инвестирования в субъекты частной системы охраны здоровья;
- 4) бюджетное инвестирование и бюджетное кредитование для развития имеющихся частных медицинских учреждений;
- 5) содействие государством в осуществлении лизинга медицинского оборудования;
- 6) организация условий доступности медицинской помощи в частной системе здравоохранения;
- 7) налоговые льготы;
- 8) льготы для аренды;

9) участие частной системы здравоохранения в программах государственных гарантий охраны здоровья граждан;

10) субсидирование частных учреждений для снижения стоимости медицинских услуг.

Таким образом, для реализации привлечения частных средств в сферу здравоохранения, следует использовать системный подход с применением программных методов.

Основным инструментом постепенного и поэтапного перехода к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой частной системе здравоохранения являются целевые программы развития частной системы здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней.

Бюджетирование, направленное на результат, предполагает, что распорядители бюджетных средств обязаны обосновывать объемы и структуру расходной части. Для этого они составляют и разрабатывают стратегические цели (на среднесрочную и долгосрочную перспективу) и тактические задачи. Развернуто реализация тактических задач излагается во внутриведомственных программах, содержащих описание поддающихся количественной оценке ожидаемых (определенный объем и качество услуг) и конечных (эффект для получателей услуг) результатов, а также развернутую систему показателей измерения этих результатов для предварительной оценки программы на этапе согласования проекта бюджета и мониторинга ее эффективности в ходе реализации.

Таким образом, бюджетное планирование, ориентированное на результат, предполагает рациональность и эффективное использование бюджетных средств.

Реализацию основных направлений совершенствования управления здравоохранением и решение проблем финансирования, следует проводить по средствам следующих мер:

- разработка правовых механизмов, обеспечивающих безусловное соблюдение соответствия объемов и условий обязательного медицинского страхования населения финансовому обеспечению;
- установка порядка распределения средств федерального бюджета, направляемых для выравнивания условий финансирования программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации;
- совершенствование методики установления тарифов на медицинские услуги;
- определение механизмов финансового покрытия части затрат на оказание медицинской помощи гражданам на основе развития добровольного медицинского страхования;
- развитие и совершенствование конкурентной среды на рынке медицинских услуг.

Вывод по параграфу.

Для реализации совершенствование управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения региона, следует использовать следующие направления:

1) укрепление материально-технической базы медицинских учреждений: заключается в реформировании инфраструктуры здравоохранения и приведении ее к соответствующей численности и составу населения субъекта Российской Федерации, а также со структурой заболеваемости и смертности на территории субъекта Российской Федерации, сети и структуры учреждений здравоохранения с выходом на количество учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации в соответствии с утвержденной номенклатурой, включая медицинские организации иных форм собственности и ведомственной принадлежности;

2) эффективное использование средств медицинскими учреждениями:

– предполагает анализ использования материальными ресурсами медицинских учреждений, определение оптимального достижения положительного медицинского и экономического эффекта;

– проводится по следующим направлениям: использование основных фондов; эффективность использования коечного фонда и медицинского оборудования; оценка финансовых расходов и стоимость различных видов медицинской помощи; использование медицинского и прочего персонала;

3) совершенствование деятельности медицинских учреждений по оказанию платных услуг:

– доходы от оказания платных услуг бюджетными учреждениями следует направлять на расходы в соответствии с планом финансово-хозяйственной деятельности;

– средства от платных услуг, полученные и не использованные в текущем году, используются на основании плана финансово-хозяйственной деятельности по внебюджетной деятельности следующего финансового года, средства, полученные от платных услуг, не влекут за собой снижения финансирования по бюджету.

4) сочетание социальной солидарности и справедливости при формировании финансового обеспечения государственных гарантий с адресной направленностью расходования финансовых средств при оказании медицинской помощи конкретному гражданину Российской Федерации;

5) развитие межбюджетных взаимоотношений с целью выравнивания финансовых условий в муниципальных образованиях и субъектах Российской Федерации;

б) развитие форм добровольного медицинского страхования.

3.2 Внедрение накопительных счетов ОМС как условие совершенствования управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения в регионе

Система финансирования здравоохранения в Российской Федерации не мотивирует граждан к ответственному подходу к сохранению своего здоровья и к рациональному использованию средств, выделяемых на медицинские услуги.

Обеспечение денежными средствами на накопительных индивидуальных счетах, позволит гражданам РФ быть заинтересованными отчислять денежные средства на свое здоровье, а также даст возможность лично распоряжаться и самостоятельно контролировать свои финансовые ресурсы. Таким образом, неработающая часть населения будет застрахована за счет средств федерального и регионального бюджетов.

Реализация данной идеи была реализована в таких странах как Китай, США, ЮАР и Сингапур. Изменения роли гражданина в системе здравоохранения позволяют передать ему денежные средства, предназначенные для медицинских услуг и мотивации к ответственному поведению, что позволяет:

- 1) персонифицировать затраты на медицинские услуги для поощрения заботы о своем здоровье и повышения ответственности;
- 2) сжать избыточное потребление услуг медицинских организаций по средствам использования со платежей со стороны пользователей услуг;
- 3) осуществить регулирование процесса предоставления медицинских услуг со стороны государства для предотвращения излишнего пользования услуг;
- 4) реализовать со стороны государства помощь нуждающихся за счет субсидирования медицинских услуг;
- 5) повысить стабильность и независимость системы охраны здоровья за счет накопления значительных финансовых ресурсов;
- 6) аккумулировать дополнительные финансовые ресурсы для инвестирования их в экономическое развитие страны.

Совершенствование системы финансирования здравоохранения Российской Федерации, за счет внедрения накопительных счетов, не потребует кардинальных организационных изменений. Для этого организации обязаны будут перечислять 5,1% от заработной платы работающих в фонд ОМС не общей суммой, как это производится в данный момент, а на персональные накопительные счета работающих граждан, также как перечисления средств в пенсионный фонд Российской Федерации.

Данное изменение в перечислении средств будет простым для предприятий, так как они именно таким образом, на основании персональных данных о работающих, осуществляют перечисление средств в пенсионный фонд.

Рассмотрим пример внедрения данной системы в Российской Федерации.

Представим в таблице 34 данные для расчёта.

Таблица 34 – Данные для расчета средств перечисляемые на медицинский накопительный счет за 2018 год

Показатель	Данные
Фактическая сумма, направляемая из фонда Обязательного медицинского страхования на медицинскую помощь в год, тыс. руб.	35 044 720
Население Челябинской области, человек	3 476
Средняя заработная плата в Челябинской области, рублей	35 430
Процент отчислений, %	5,1

Средняя заработная плата в Челябинской области в 2018 году 35 430 рублей, следовательно отчисления 5,1% в Обязательное медицинское страхование на одного работающего в Челябинской области в год составят $35\,430 \times 0,051 \times 12 = 21\,683,16$ рублей.

Фактическая сумма, направляемая из фонда Обязательного медицинского страхования на медицинскую помощь в год, составляет 35 044 720 тыс. руб.

Таким образом, на одного жителя Челябинской области (3476 тыс. чел. – население Челябинской области) следует: $35\,044\,720 \text{ тыс. руб.} / 3476 \text{ тыс. руб.} = 10\,081,9$ руб.

Остаток финансовых средств, накапливаемых ежегодно на Медицинском накопительном счету одного работающего жителя Челябинской области, равен в среднем: $21\,683,16 - 10\,081,9 = 11\,601,26$ рублей.

Рассмотрим на рисунке 55, уровень годовых отчислений на Медицинский накопительный счет и направляемая из фонда Обязательного медицинского страхования на медицинскую помощь.

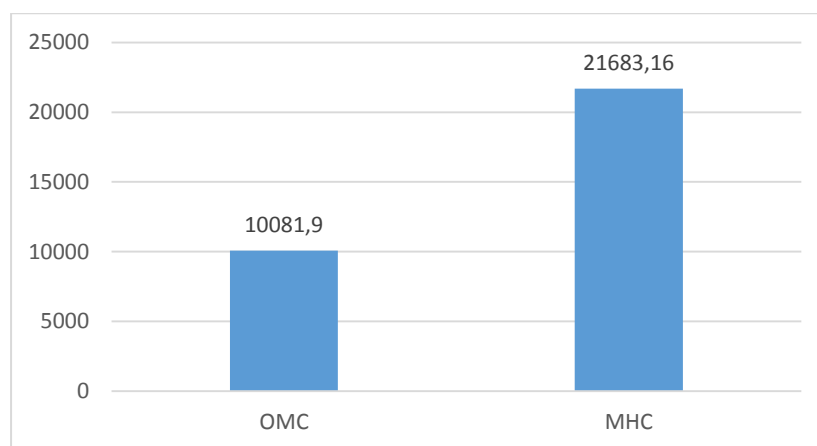


Рисунок 55 –Уровень годовых отчислений на Медицинский накопительный счет и направляемая из фонда Обязательного медицинского страхования на медицинскую помощь, рублей

Таким образом, при внедрении обеспечения денежными средствами на накопительных индивидуальных счетах, уровень отчислений будет значительно выше, в сравнении с существующей в Российской Федерации системой.

Рассмотрев зарубежный опыт системы финансирования здравоохранения в Сингапуре на Медицинском накопительном счету любого гражданина Российской Федерации за период его трудовой деятельности, накопится сумма достаточная для оплаты услуг в медицинских учреждениях после выхода гражданина на пенсию (не снижаемый остаток), которая определяется исходя из возраста дожития.

В России на данный момент возраст дожития составляет 15,96 года для мужчин и 25,62 года – для женщин.

Принимая в среднем по Российской Федерации возраст дожития равным 20 годам, размеры неснижаемого остатка на Медицинском накопительном счету можно определить по формуле (1):

$$O_n = P_{q.c.} \times P_{m.c.} \times K \quad (1)$$

где, O_n – не снижаемый остаток на МНС, руб.;

$P_{q.c.}$ – возраст дожития, годы (20 лет);

$Z_{m.c.}$ – средние годовые затраты на медицинские услуги, руб./год
(16 151,21 руб.);

K – коэффициент учитывающий рост затрат на медицинское обслуживание для граждан пенсионного возраста (в примере $k=2$).

Следовательно, остаток средств, накапливаемых ежегодно на Медицинском накопительном счете одного работающего гражданина Челябинской области, будет равен в среднем (2):

$$O_n = 20 \times 11\,601,26 \times 2 = 464\,050,4 \text{ рублей} \quad (2)$$

Рассмотрев зарубежный опыт системы финансирования здравоохранения на примере Сингапура на Медицинском накопительном счете, превышающий неснижаемый остаток, гражданин Российской Федерации может перекладывать на пенсионный счёт, при достижении пенсионного возраста или на сберегательный счёт, предназначенный для расходования на жильё, образование и инвестиции.

Таким образом, оплата медицинских услуг с Медицинским накопительным счетом, является расчёт между пациентом и медицинским учреждением, осуществляемым напрямую без третьих лиц, что сокращает расходы. При этом потребитель медицинской услуги знает, какая сумма списывается с его счёта и контролирует свои затраты, что более рациональнее и эффективнее существующей системы, когда страхование и обслуживание в рамках Обязательного медицинского страхования реализуется обезличено. Финансовые ресурсы за предоставление медицинской услуги перевела организация на котором гражданин трудоустроен. Но организация без работающих граждан не произведёт товара и не окажет услуги.

В итоге, рабочий коллектив, включая каждого работающего, зарабатывает средства, которые предприятие направляет в ОМС, и, следовательно, каждый действующий гражданин оплачивает кредитует фонд Обязательного медицинского страхования. При существующей на данный момент системе

финансирования финансовые ресурсы поступают не на персональный Медицинским накопительный счет работающего гражданина (как взносы в пенсионный фонд), а общей суммой в фонд Обязательного медицинского страхования, который распределяет эти средства по Территориальным фондам обязательного медицинского страхования. В Территориальные фонды обязательного медицинского страхования поступают так же средства из территориальных бюджетов, далее, приобретённая сумма средств делится равномерно среди всех застрахованных граждан Челябинской области как работающих, так и не работающих.

Финансовые ресурсы в бюджеты всех уровней поступают в виде налогов и неналоговых платежей, оплачиваемых юридическими и физическими лицами. Все товары и услуги на предприятиях производят и оказывают работающие граждане. Следовательно, из средств, заработанных работающими гражданами, предприятия выплачивают все налоги и платежи.

Таким образом, трудоустроенные граждане сами уплачивают налоги и сборы и обеспечивают выплаты налогов и сборов организациями на которых устроены. В итоге, бюджеты всех уровней (федеральный, территориальный, местный) в итоге, аккумулируются в существенно за счёт трудоустроенных граждан.

Вывод по параграфу. В Российской Федерации действует система, при которой трудоустроенный гражданин, перечисляющий деньги в Фонд обязательного медицинского страхования, работающий гражданин, не перечисляющий деньги в фонд ОМС (не официально устроенный) и неработающий гражданин получают одно и то же страховое финансирование. Данная система, не стимулирует и не мотивирует официально работающих граждан и предприятий к высокопроизводительному воспроизводству труда.

Для вступления в систему финансирования охраны здоровья Медицинских накопительных счетов, требуется принять два решения на государственном уровне:

1. Предприятия и территориальные бюджеты должны перечислять средства в Фонд обязательного медицинского страхования не общим количеством финансовых средств, а персонально на здоровья Медицинский накопительный счет трудоустроенных граждан, также как в случае с денежными перечислениями в Пенсионный фонд Российской Федерации.

2. Принимать финансовые средства Медицинского накопительного счета собственностью граждан и дать разрешение вкладывать в жильё, образование, инвестировать в государственные ценные бумаги, средства, превышающие не снижаемый остаток, и при достижении пенсионного возраста, в пенсионные накопления. Передавать средства Медицинского накопительного счета по наследству.

В итоге, на данный момент экономического развития Российской Федерации действенными рациональным инструментом социальной политики Российской Федерации могут стать социальные накопительные счета, в том числе: медицинские, пенсионные, образовательные, используемые как для оплаты услуг, так и для накоплений.

Накопительные счета могут способствовать действительному воспроизводству новой социальной политики.

Система финансирования здравоохранения в Российской Федерации не мотивирует граждан к ответственному подходу к сохранению своего здоровья и к рациональному использованию средств, выделяемых на медицинские услуги.

Обеспечение денежными средствами на накопительных индивидуальных счетах, позволит гражданам РФ быть заинтересованными отчислять денежные средства на свое здоровье, а также даст возможность лично распоряжаться и самостоятельно контролировать свои финансовые ресурсы. Таким образом, неработающая часть населения будет застрахована за счет средств федерального и регионального бюджетов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравоохранение – совокупность мер, инструментов и функций социального, политического, экономического, правового, медицинского, в том числе профилактического, научного характера, осуществляемые в целях сохранения социального и демографического благосостояния страны, путем профилактики заболеваний и предоставления медицинских услуг.

Обеспечение государственной политики в сфере здравоохранения, реализуется за счет финансирования, источниками которого, являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, средства организаций и граждан.

Федеральный и Территориальный Фонды обязательного медицинского страхования обеспечивают предусмотренные законодательством Российской Федерации права граждан в системе обязательного медицинского страхования, а также обеспечивают гарантии бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования и создают условия для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Говоря о доступности медицинской помощи, можно сказать, что: в Челябинской области в период с 2017 по 2019 год наблюдался, снижение числа медицинских учреждений, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Анализ видов медицинской помощи и количества медицинских учреждений, оказываемых их в Челябинской области, показал что, наиболее стабильным и растущим видом деятельности является оказание специализированной медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами.

Общий объем доходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области имеет положительную динамику и с каждым годом в период с 2017 года по 2019 год растет.

Каждый вид межбюджетных трансфертов, поступающих в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, на протяжении трех лет с 2017 года по 2019 год имел положительную динамику роста.

Общая стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области за 2017-2019, также как и структурные составляющие имеет положительную динамику, по итогу на 2019 год темп роста стоимости Территориальной программы составил 120,6% от уровня 2017 года.

Рост расходов консолидированного бюджета Челябинской области на финансирование Территориальной программы, на 1 жителя в год, в 2019 году составила 104% от расходов 2017 года.

Темпы роста средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя в год, в период с 2017 по 2019 год выросли 26,8%.

Общая сумма финансирования Территориальной программы государственных гарантий, на 1 жителя, выросла на 20,3% в сравнении с уровнем стоимости в 2017 году.

Совершенствование управления сферой здравоохранения, трактуется как усовершенствование социально-экономической эффективности функционирования и развития охраны здоровья, ее роли и целей в обеспечении и организации защиты и укрепления здоровья населения.

В результате, основными направлениями совершенствования управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения в регионе, должны стать:

1. Контроль качества медицинской помощи и эффективное использование средств.
2. Развитие системы бюджетного планирования, ориентированного на

результат.

3. Совершенствование системы уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

4. Привлечение частных средств в сферу здравоохранения.

Внедрение накопительных счетов ОМС как условие совершенствования управления финансовыми ресурсами сферы здравоохранения в регионе, имеет ряд преимуществ:

1) Заинтересованность граждан РФ отчислять денежные средства на свое здоровье.

2) Возможность лично распоряжаться и самостоятельно контролировать свои финансовые ресурсы.

3) Персонифицирование затрат на медицинские услуги для поощрения заботы о своем здоровье и повышения ответственности.

4) Сокращение избыточного потребления услуг медицинских организаций по средствам использования со платежей со стороны пользователей услуг.

3) Осуществление регулирования процесса предоставления медицинских услуг со стороны государства для предотвращения излишнего пользования услуг.

5) Реализация со стороны государства помощи нуждающимся за счет субсидирования медицинских услуг.

6) Повышение стабильности независимости системы охраны здоровья за счет накопления значительных финансовых ресурсов.

7) Аккумуляция дополнительных финансовых ресурсов для инвестирования их в экономическое развитие страны.

8) Перенос части средств на пенсионный счёт, при достижении пенсионного возраста или на сберегательный счёт, предназначенный для расходования на жильё, образование и инвестиции.

9) Расчёт между пациентом и медицинским учреждением, осуществляемый напрямую без третьих лиц, с сокращением расходов.

На данный момент, в Российской Федерации работает система, при которой трудоустроенный гражданин, перечисляющий деньги в Фонд обязательного медицинского страхования, работающий гражданин, не перечисляющий деньги в фонд ОМС (не официально устроенный) и неработающий гражданин получают одно и то же страховое финансирование. Данная система, не стимулирует и не мотивирует официально работающих граждан и предприятий к высокопроизводительному воспроизводству труда, а также, к сохранению своего здоровья и к рациональному использованию средств, выделяемых на медицинские услуги.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.consultant.ru.
2. Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» №354-ФЗ от 30.11.2011 года (последняя редакция) [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.consultant.ru.
3. Закон Челябинской области от 26.12.2017 № 636-ЗО «Об областном бюджете на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.consultant.ru.
4. Закон Челябинской области от 26.12.2018 г. № 852-ЗО «Об областном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.consultant.ru.
5. Закон Челябинской области от 08.05.2019 № 883-ЗО «Об исполнении областного бюджета за 2018 год» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.consultant.ru.
6. Батаев, С.С. Актуальные проблемы здравоохранения в регионах РФ / Вестник научных конференций. 2016. № 6-3 (10). С. 14-15.
7. Буздык, Г.А. Проблемы функционирования бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения РФ / Г.А. Буздык, Г.С. Олейник. – Наука вчера, сегодня, завтра. 2017. № 10 (44). С. 105-110.
8. Данилов, А.В. Некоторые аспекты связи научно-технического прогресса в оказании медицинских услуг и структурных преобразований в сфере здравоохранения / А.В. Данилов, К.Б. Московченко / Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017 №2. – С. 32-40.
9. Конюкова, О.Л. Проблемы финансирования и развития обязательного медицинского страхования в РФ / О.Л. Конюкова, Ю.В. Мищенко. – В

сборнике: Закономерности и тенденции инновационного развития общества. Сборник статей Международной научно-практической конференции: в 6 частях. 2017. С. 6-9.

10. Куликова, О.М. Ресурсное обеспечение процессов оказания медицинских услуг в здравоохранении РФ / Фундаментальные исследования. 2016. № 7-1. С. 141-145.

11. Лазаренко, В.А. Региональные задачи реализации государственно кадровой политики в сфере здравоохранения / Моделирование и прогнозирование развития отраслей социально-экономической сферы материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 8-10.

12. Махдиева, Ю.М. Роль ресурсов фондов ОМС в финансировании системы здравоохранения в РФ / Ю.М. Махдиева, С.Н. Искендерова. – Сборник: Финансовые инструменты регулирования социально-экономического развития регионов Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. 2016. С. 288-291.

13. Мельников, А.А. Особенности реализации государственной политики в сфере развития здравоохранения / Министерство образования и науки Российской Федерации; Тверской государственный университет, Институт экономики и управления. 2017. С. 70-75.

14. ОМС в Российской Федерации / Научно-практический журнал № 4, 2017.

15. Петренко, М.С. Финансовое обеспечение системы здравоохранения в РФ на современном этапе / сборник: Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития сборник материалов V Международной научно-практической конференции. 2017. С. 120-125.

16. Пищита, А.Н. Реформа законодательства о здравоохранении в РФ: основные тренды развития российского здравоохранения / Вестник Росздравнадзора. 2015. № 2. С. 76-82.

17. Поляк, Г.Б. Бюджетная система Российской Федерации: Учебник для бакалавров. – Проспект. – 2016 – 460 с.

18. Рыбальченко, И.Е. Разработка инструментария повышения результативности медицинских услуг в сфере здравоохранения / И.Е. Рыбальченко, О.М. Куликова. – Журнал правовых и экономических исследований. 2017. № 2. С. 113-118.

19. Слагода, В.Г. Экономическая теория: Учебник / В.Г. Слагода. – Форум. – 2017 – 420 с.

20. Соколов, Е.В. Модели материального и морального стимулирования труда медицинского персонала бюджетной поликлиники / Экономика и управление: проблемы, решения. 2016г. № 10 том 1

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

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

23. Шилова, Е.А. Повышение эффективности реализации государственной политики в сфере здравоохранения / Вестник науки. 2018. Т. 1. № 9 (9). С. 187-188.

24. Шрайнер, О.О. Развитие ГЧП в РФ: на примере сферы здравоохранения / Сборник: Материалы международной научно-практической конференции студентов и аспирантов, проводимой в рамках III Международного конгресса молодых ученых по проблемам устойчивого развития, регионального форума предпринимательства "Свое дело - твой успех". Под редакцией В.А. Ковалева, Б.Г. Хаирова. 2017. С. 237-240.

25. Ярченкова, М.В. Повышение качества медицинских услуг как одна из главных задач системы здравоохранения РФ / Научный поиск. 2017. № 2.1. С. 33-34.

26. Сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области – Режим доступа: <http://foms74.ru>.

27. Сайт Правительства Челябинской области – Режим доступа: <https://pravmin74.ru/pravitelstvo/byudzh-et-oblasti>.

28. Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>.

29. Сайт Министерства здравоохранения Челябинской области – Режим доступа: <http://zdrav74.ru>.

30. Сайт Федеральной службы государственной статистики– Режим доступа: <https://www.gks.ru>.