**«ЛЕНИНГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.С. ПУШКИНА»**

Факультет экономики и инвестиций

**«Формирование и расходование бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования в муниципальном образовании города Норильск»**

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

по специальности 061000 – «Государственное и муниципальное управление»

Научный руководитель:

Попова Л. Г.

**Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2009 г.**

**г. Санкт-Петербург**

**2009**

# **Содержание**

Введение

Глава 1. Обязательное медицинское страхование в РФ

1.1 Система обязательного медицинского страхования

1.2 Сущность и организация финансирования медицинского страхования

1.3 Страховые медицинские организации и учреждения

Глава 2. Специфика работы Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования (ККФОМС)

2.1 Особенности формирования и использования бюджета ККФОМС

2.2 Обязательное медицинское страхование на территории МО города Норильск

Заключение

Список используемой литературы

Приложение

**Введение**

Необходимость перейти на систему страховой медицины в России остро возникла в начале 90-х годов, когда государство признало, что защита здоровья граждан является существенным фактором развития общества, однако в бюджете на тот момент не имелось необходимых средств для полноценного обеспечения такой защиты. Целью введения обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) в России было привлечение в здравоохранение дополнительных финансовых ресурсов, повышение устойчивости системы здравоохранения и обеспечение всем гражданам РФ равных возможностей в получении медицинской помощи, представляемой за счет страховых взносов и платежей, в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

Введение ОМС стало одним из важнейших аспектов реформы здравоохранения, проводимой в России в 90-е годы. Законодательной основой послужил Закон РСФСР от 28.06.91г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в РСФСР", впоследствии измененный и дополненный Законом РФ от 02.04.93г. № 4741-1 "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР".

Вместе с тем, для становления медицинского страхования потребовалось создание более значительной законодательной базы, формирование которой еще не завершено. В настоящее время вопросы медицинского страхования регулируются нормами Гражданского, Налогового и Бюджетного кодексов РФ, а также более двадцати специализированных законов сфере страховой деятельности и охраны здоровья населения.

Вместе с тем происходит постоянное изменение законодательства. С введением второй части Налогового кодекса сбор налогов осуществляют органы Министерства РФ по налогам и сборам. Собранные средства через органы федерального казначейства передаются фондам, а затем направляются ими страховым медицинским организациям, которые, в свою очередь, перечисляют их медицинским учреждениям как плату за оказанные застрахованным гражданам услуги по ОМС.

Таким образом, с введением единого социального налога усложнился механизм прохождения денежных средств ОМС, увеличилось количество промежуточных звеньев. Особенно актуально это применительно к ОМС неработающего населения, которое фактически осуществляется за счет региональных или местных бюджетов.

В российской модели ОМС имеет место двойное перераспределение: с одной стороны, экономически активное население платит налоги в бюджеты, которые используются в том числе на финансирование здравоохранения, с другой – платит страховые взносы, но пользуется медицинским услугами гораздо реже, чем неработающее население, при этом зачастую не имея возможности получить медицинскую помощь за счет страховых средств и поэтому оплачивает оказанные услуги самостоятельно.

Таким образом, актуальна тема моей дипломной работы: «Формирование и расходование бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования в муниципальном образовании города Норильск».

Целью настоящей дипломной работы является анализ формирования и расходования бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Цель работы предполагает решение следующих задач:

1.раскрыть сущность ОМС в России;

2. рассмотреть источники формирования бюджета ФОМС.

3. выявить проблемы и определить направления совершенствования ОМС на примере Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования.

Гипотеза исследования основана на предположении о том, что для обеспечения качественного и доступного медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования необходимо совершенствование нормативной базы на уровне субъекта федерации и разработка механизмов поступления бюджетных средств на муниципальном уровне.

Объектом исследования настоящей дипломной работы является организация ОМС в РФ.

Предметом исследования является бюджет формирования и использование финансовых средств в системе ОМС Краевого края.

Методы исследования: анализ литературы по теме, анализ нормативных законов, постановлений, методических писем.

База исследования: КФОМС в городе Норильске.

В соответствии с поставленной целью и конкретизирующими её задачами в структуру дипломной работы входит 2 главы:

В I главе рассмотрена система организации ОМС в Российской Федерации её сущность, функции и принципы, раскрыты особенности финансирования Федерального фонда обязательного страхования и территориальных фондов ОМС.

Во II главе проведен анализ работы Красноярского фонда обязательного медицинского страхования, проведено изучение особенности развития ОМС в городе Норильске.

В заключении представлены основные выводы и результаты, определившиеся в ходе написания выпускной квалификационной работы.

В приложении приведены данные по ОМС в Норильске.

Для написания выпускной квалификационной работы использовались законодательные и нормативные акты, учебники по страхованию, налогам, финансовому анализу, а также статьи в периодических изданиях, касающиеся выбранной нами темы.

**ГЛАВА 1. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РФ**

**1.1 Система обязательного медицинского страхования**

Система обязательного медицинского страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации.

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование является Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», принятый в 1991 году[[1]](#footnote-1). С этого момента было положено начало развитию новой отрасли здравоохранения – страховой медицине.

Закон установил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации, определил средства обязательного медицинского страхования в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений и заложил основу для создания в стране системы страховой модели финансирования здравоохранения.

Создание системы ОМС в РФ потребовало тщательного изучения опыта зарубежных стран и учета специфики и особенностей отечественного здравоохранения. При этом в основу ОМС были положены следующие принципы:

1. Всеобщий и обязательный характер. Все граждане России независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение бесплатных медицинских услуг, которые включены в программу медицинского страхования.

2. Государственный характер гарантии бесплатной медицинской помощи. Все средства системы ОМС находятся в государственной собственности РФ.

3. Общественная солидарность и социальная справедливость. Платежи на обязательное медицинское страхование перечисляются за всех граждан, но потребление финансовых ресурсов в виде оплаты медицинской помощи происходит лишь тогда, когда гражданин обращается за медицинской помощью. В данном случае действует принцип: «Здоровый платит за больного». Кроме того, объем предоставляемых медицинских услуг не зависит от размера платежей в систему ОМС. Граждане с различным уровнем дохода и соответственно с различным уровнем перечисления за них работодателями взносов на ОМС имеют право на одинаковую медицинскую помощь. В данном случае речь идет о другом важнейшем принципе ОМС: «богатый платит за бедного»[[2]](#footnote-2).

Внедрение обязательного медицинского страхования позволило обеспечить решение многих социальных, экономических, правовых и организационных проблем оказания медицинской помощи населению в условиях развития рыночных отношений в экономике.

В отличие от других видов социального страхования ОМС является всеобщим, охватывает как экономическим активное население, так и неработающее (пенсионеров, детей, учащихся, студентов, безработных).[[3]](#footnote-3) Основными субъектами ОМС являются застрахованные лица, страхователи и страховщики. Выше отмечалось, что ОМС распространяется на все население, но в зависимости от социального статуса застрахованных различаются и страхователи. Так, страхователями наемных работников выступают работодатели. Самозанятые граждане являются одновременно и страхователями, и застрахованными. В отношении неработающего населения страхователями будут органы исполнительной власти субъекта РФ или органы местного самоуправления, на которые возлагается обязанность по уплате страховых платежей.

Сегодня система здравоохранения во многом регулируется экономическими механизмами взаимоотношений продавца и покупателя медицинских услуг. Она пронизана договорными отношениями, связывающими фонды ОМС, страховые медицинские организации, медицинские учреждения, работодателей, в которых жестко определены права и обязательности каждой ее сторон.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Задачи медицинского страхования — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и проводить профилактические мероприятия.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе соответствующих программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и других услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Коллективное страхование осуществляется в соответствии с социальными программами развития предприятий и является дополнительным к обязательному государственному страхованию.[[4]](#footnote-4)

Адресность предоставления помощи является одним из важнейших преимуществ созданной системы обязательного медицинского страхования.

В системе ОМС интересы каждого гражданина в его взаимоотношениях с медицинскими учреждениями представляет страховая организация, которая покупает для застрахованного необходимую ему медицинскую услугу и контролирует качество оказанной медицинской помощи.

В соответствии с законом, страховые медицинские организации выступают в качестве страховщика. Помимо договора ОМС, заключаемого со страхователями, они должны заключить договоры с медицинскими учреждениями о предоставлении медицинских услуг застрахованному контингенту и обеспечить реализацию прав граждан на медицинскую помощь в системе ОМС. Страховые организации – это коммерческие организации любой организационно-правовой формы.

С целью контроля объема и качества оказываемой застрахованным медицинской помощи, защиты интересов застрахованных, страховыми компаниями была создана система вневедомственного контроля за соответствием объема и качества оказываемой медицинской помощи условиям территориальной программы ОМС.

Реализовать механизм адресности оказываемой помощи, жесткий контроль за расходованием государственных средств в системе ОМС стало возможным во многом благодаря внедрению современных автоматизированных систем сбора и обработки информации. В результате, сегодня здравоохранение является, наиболее информатизированной отраслью социальной сферы.

В ст. 8 Федерального закона от 16 июля 1999 г. в качестве обеспечения по ОМС названа оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи.

Объем социально-страхового обеспечения, предоставляемого в натуральной форме – это перечень услуг, которые может получить застрахованное лицо с их оплатой за счет средств социального страхования. Объем обеспечения по ОМС означает перечень медицинских услуг, которые застрахованные могут получить за счет страховых средств. Он определяется в Федеральной и территориальных программах ОМС, точнее, в тех разделах программ, в которых перечисляются виды медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС.

Застрахованные граждане обязаны иметь именной полис обязательного медицинского страхования, который вручается им страховой медицинской организацией или работодателем-страхователем по ее поручению.

Полис обязательного медицинского страхования – документ, подтверждающий право застрахованного по ОМС гражданина на получение бесплатной медицинской помощи в объеме действующих программ ОМС на всей территории Российской Федерации. Данное право закреплено Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым полис ОМС имеет силу на всей территории РФ. Любой отказ в оказании медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного вне территории обращения, неправомерен.

Полисы ОМС выдаются бесплатно:

* гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства, имеющим место жительства в населенном пункте, где оказывается медпомощь;
* не имеющим места жительства в населенном пункте, где оказывается медпомощь, гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства, работающим на предприятиях данного населенного пункта на основании соответствующих договоров.

Полис ОМС удостоверяет, что оплату оказанной пациенту медицинской помощи производит страховая компания, выдавшая полис.[[5]](#footnote-5)

Полис ОМС подлежит обязательной сдаче в страховую медицинскую организацию и обмену при перемене места работы, при увольнении с работы или уходе на пенсию с прекращением трудовой деятельности, при перемене места жительства, перемене имени и фамилии, при окончании срока действия полиса, если он не продлен.

При увольнении работающего гражданина с постоянного места работы он обязан сдать администрации предприятия выданный ему ранее страховой медицинский полис и получить новый страховой полис у работодателя на другом месте работы. Работодатель обязан передать полис ОМС страховой медицинской организации не позднее 10 дней после увольнения работника. Неработающие граждане обязаны получать страховой полис ОМС самостоятельно.[[6]](#footnote-6)

В случае утраты страхового медицинского полиса застрахованный обязан лично или через представителя страхователя (работодателя или администрацию) известить об этом СМО в письменном или устном виде с указанием обстоятельств утраты полиса. Страховщик (СМО) обязан обеспечить застрахованного дубликатом полиса.

Утраченный полис считается недействительным, о чем сообщается заинтересованным медицинским учреждениям и территориальному фонду ОМС.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ, граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. При этом базовая программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, утвержденной постановлением Правительства РФ от 26 октября 1999 г.

**1.2 Сущность и организация финансирования медицинского страхования**

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.[[7]](#footnote-7)

Фонды обязательного медицинского страхования представляют собой централизованные источники финансовых ресурсов для целей медицинского страхования как формы социальной защиты населения. Фонды обеспечивают аккумулирование денежных средств на обязательное медицинское страхование, финансирование государственной системы обязательного медицинского страхования.

В качестве субъектов медицинского страхования выступают гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Страхователями являются:

• при обязательном медицинском страховании для неработающего населения — исполнительные органы власти субъектов РФ, местная администрация, для работающего населения — предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий;

• при добровольном медицинском страховании — отдельные граждане или предприятия, представляющие интересы граждан.

Страховые медицинские организации — это юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие соответствующую лицензию[[8]](#footnote-8).

Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно[[9]](#footnote-9).

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Медицинское страхование осуществляется путем заключения договора между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством.

Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис, находящийся на руках у застрахованного лица.

Граждане РФ имеют право на:

• выбор медицинской страховой организации;

• выбор медицинского учреждения и врача;

• получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;

• получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

• предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

• возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

На территории РФ лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане РФ. Медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляется на основе двусторонних соглашений РФ со странами пребывания граждан. Иностранные граждане, постоянно проживающие в РФ, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане РФ[[10]](#footnote-10).

Страхователь имеет право на: свободный выбор страховой организации; контроль за выполнением условий договора медицинского страхования; возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора. Предприятие-страхователь, кроме того, имеет право на привлечение средств за счет прибыли предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

В обязанности страхователя входит: заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией; вносить страховые взносы в порядке, установленном законом и договором медицинского страхования; в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан; предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются:

• средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и органов местного самоуправления;

• средства государственных и общественных организаций, предприятий;

• личные средства граждан;

• безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования;

• доходы от ценных бумаг;

• кредиты банков и других кредиторов;

• другие источники.

Из этих средств формируются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования.

Финансовые ресурсы государственной, муниципальной систем здравоохранения предназначены для реализации единой политики в области охраны здоровья населения. Они направляются на:

• финансирование мероприятий по разработке и реализации целевых программ;

• обеспечение профессиональной подготовки кадров;

• финансирование научных исследований;

• развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения;

• субсидирование конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию;

• оплату особо дорогостоящих видов медицинской помощи;

• финансирование медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях;

• оказание медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и других целей в области охраны здоровья населения. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования является государственным некоммерческим учреждением[[11]](#footnote-11).

Основными задачами фонда являются:

• финансовое обеспечение установленных законодательством прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования;

• обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории РФ в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

• аккумулирование финансовых средств фонда для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства фонда являются федеральной собственностью, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Они образуются за счет:

• части страховых взносов хозяйствующих субъектов и других организаций на обязательное медицинское страхование в размерах, устанавливаемых федеральным законом;

• ассигнований из федерального бюджета на выполнение федеральных целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования;

• добровольных взносов юридических и физических лиц;

• доходов от использования временно свободных финансовых средств;

• нормированного страхового запаса фонда;

• поступлений из других источников.

Временно свободные финансовые средства фонда размещаются в банковских депозитах и могут использоваться для приобретения высоколиквидных государственных ценных бумаг. Доходы от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса фонда направляются на финансирование только тех мероприятий, которые осуществляются в соответствии с задачами фонда.

Затраты на содержание фонда, создание и поддержание его материально-технической базы осуществляются в пределах средств, предусмотренных на эти цели его бюджетом[[12]](#footnote-12).

Финансовые средства, не израсходованные в истекшем году, изъятию не подлежат и при утверждении ассигнований из федерального бюджета на следующий год не учитываются.

Фонд ежегодно разрабатывает бюджет и отчет о его исполнении, которые по представлению Правительства РФ утверждаются федеральным законом.

Управление фондом осуществляется коллегиальным органом — правлением и постоянно действующим исполнительным органом — директором.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования создаются законодательными и исполнительными органами власти субъектов РФ. Финансовые средства и имущество всех фондов обязательного медицинского страхования находятся в федеральной собственности.

Финансовые средства фонда обязательного медицинского страхования образуются за счет части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации, части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере, страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, местного самоуправления с учетом территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение, иных поступлений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Федеральным законом РФ от 29 декабря 2006 года N 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» с 1 января 2008 года конкретизирован список видов медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках государственных гарантий. Теперь он включает в себя первичную медико-санитарную помощь, неотложную медицинскую помощь, скорую медицинскую помощь, в том числе и специализированную (санитарно-авиационную), специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную. Законом определены источники финансирования.

За счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с Базовой программой ОМС оказывается первичная медико-санитарная, неотложная и специализированная медицинская помощь, предусматривающая, в том числе, обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации при всех заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита).

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).

Необходимо отметить, что оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам осуществляется за счет средств федерального бюджета в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом уполномоченным Правительством РФ органом исполнительной власти в любых, независимо от формы собственности и уровня подчиненности, специализированных медицинских организациях. Кроме того, медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказывается независимо от разграничения полномочий в сфере здравоохранения.

В Законе появилась также новая запись о том, что медико-санитарное обеспечение населения отдельных территорий (ЗАТО), связанных с вредными условиями производства, будет гарантирована не только гражданам, занятым на предприятиях с вредными для здоровья условиями труда, но и всему населению территории и является полномочием Российской Федерации[[13]](#footnote-13).

Расходы бюджетов субъектов РФ включают в себя:

* специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь;
* специализированную медицинскую помощь, оказываемую 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;
* медицинскую помощь, предусмотренную законодательством субъекта Российской Федерации для определенных категорий граждан.

Кроме того, законодатель не определяет категории граждан и виды медицинской помощи, которые будут оказываться в медицинском учреждении за счет средств субъекта Федерации. Таким образом, субъект Российской Федерации может сам устанавливать эти параметры.

В порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта РФ, осуществляется финансирование расходов по оплате лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, и перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются с 50-процентной скидкой со свободных цен.

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;
* неотложная медицинская помощь;
* медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и после родов, и детям при отдельных состояниях, возникающих в перинатальный период.

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, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также в медицинских организациях, которые не участвуют в реализации территориальной программы ОМС.[[14]](#footnote-14)

Средствами обязательного медицинского страхования управляют Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС, которые созданы на основании "Положения о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования" и "Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования", утвержденных Постановлением Верховного Совета Российской Федерации № 4543-1 от 24.02.93 года.

В основе положений о фондах обязательного медицинского страхования лежит правовая конструкция, учитывающая мировой опыт наиболее эффективной защиты общественных средств от нецелевого их использования. Создание фондов ОМС позволяет обеспечить финансовые условия для сохранения бесплатной для граждан медицинской помощи.

В отличие от государственных финансовых органов, которые решают множество проблем, возникающих в национальном хозяйстве страны и отдельных ее регионов, и при необходимости используют средства бюджета здравоохранения на другие нужды, фонды ОМС занимаются финансированием медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС, тем самым гарантируют целевое их использование. При этом территориальные фонды ОМС аккумулируют страховые взносы и обеспечивают их использование на оплату медицинской помощи застрахованным гражданам в рамках территориальных программ ОМС. Федеральный фонд ОМС обеспечивает единство системы обязательного медицинского страхования в России, выравнивает финансовые условия оказания медицинской помощи застрахованным гражданам всей территории Российской Федерации.

Федеральный фонд ОМС осуществляет также сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы ОМС, проводит методическую работу по совершенствованию ее деятельности. Следует подчеркнуть, что фонды ОМС — это некоммерческие финансово-кредитные учреждения.

Средства, направляемые гражданами и юридическими лицами на финансирование государственной, муниципальной систем здравоохранения, не облагаются налогами. Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования освобождаются от уплаты налогов по доходам от основной деятельности.

Одним из основных изменений, предусмотренных Федеральным законом от 28.02.2008 №16!ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов» являются увеличение доходов и соответственно расходных обязательств Фонда.

В связи с ожидаемыми дополнительными налоговыми доходами Федеральным законом «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов» общий объем доходов бюджета Фонда на 2008 год увеличен на 7,9 млрд. рублей, сумма которых зарезервирована в бюджете Фонда на финансовое обеспечение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС в

2008 году.

Указанные средства будут направляться в бюджеты территориальных фондов ОМС с учетом их фактического исполнения за 2007 год в порядке, предусмотренном в 2008 году для расходования средств нормированного страхового запаса Фонда.

Общий объем доходов на 2008 год составит 129,1 млрд. рублей, расходов — 130,4 млрд. рублей, дефицит — 1,3 млрд.рублей. Общий объем доходов бюджета Фонда в 2009–2010 годах увеличится за счет дополнительных налоговых доходов и составит на 2009 год и 2010 год соответственно — 131,4 млрд. рублей и 119,5 млрд. рублей, при этом общий объем расходов Фонда на 2009 и 2010 годы не изменился. Таким образом, профицит бюджета Фонда составит в 2009 году 11,4 млрд.рублей и в 2010 году 15,0 млрд. рублей.

**1.3 Страховые медицинские организации и учреждения**

Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций, но они имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, не превышает 10% общего пакета акций страховой медицинской организации.[[15]](#footnote-15)

Страховая медицинская организация наделена следующими правами и обязанностями:

• выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования; участвовать в аккредитации медицинских учреждений; устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию; принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги; предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение физического и морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине;

• осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе; заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию; заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или другими учреждениями; с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы; осуществлять возврат части страховых взносов страхователю или застрахованному, если это предусмотрено договором медицинского страхования; контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора; защищать интересы застрахованных лиц. Страховая медицинская организация не имеет права отказать страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования, соответствующего действующим условиям страхования[[16]](#footnote-16).

Государственная лицензия на право заниматься медицинским страхованием выдается органами Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью.

Страховые взносы устанавливаются как ставки платежей по обязательному медицинскому страхованию в размерах, обеспечивающих выполнение программ медицинского страхования и деятельность страховой медицинской организации. Платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляют органы исполнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления за счет средств, предусматриваемых и соответствующих бюджетах при их формировании на соответствующие годы. При недостатке средств местного бюджета страховые взносы дотируются за счет соответствующих бюджетов.

Страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий устанавливается в процентах по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям. Его размер составляет 3,6%, из них 0,2% — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон. От уплаты взносов на обязательное медицинское страхование освобождаются общественные организации инвалидов, находящиеся в собственности этих организаций предприятия, объединения и учреждения, созданные для осуществления их уставных целей.[[17]](#footnote-17)

Медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь в системе медицинского страхования, заключают договоры со страховыми медицинскими организациями. По лицензиям медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования. Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования. Все медицинские учреждения подлежат обязательному лицензированию и аккредитации.

Договор на предоставление медицинских услуг — это соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованным лицам медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования.

Тарифы на медицинские услуги:

• при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами исполнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления и профессиональными медицинскими ассоциациями и устанавливаются таким образом, чтобы обеспечить рентабельность медицинских учреждений;

• при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги[[18]](#footnote-18).

Доходы от деятельности медицинских учреждений при выполнении программ обязательного медицинского страхования налогами не облагаются.

Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и сроки, предусмотренные договором между ними, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора медицинского страхования.

Страховая медицинская организация имеет право требовать от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью гражданина, возмещения ей расходов в пределах суммы, затраченной на оказание застрахованному медицинской помощи, за исключением случаев, когда вред причинен страхователем[[19]](#footnote-19).

Порядок формирования фондов и средств целевого назначения является единым для всех территориальных фондов, включая их филиалы.

Финансовые средства территориального фонда обязательного медицинского страхования включают две основные группы:

1) фонды и резервы, обеспечивающие функционирование системы обязательного медицинского страхования, в том числе; фонд финансовых средств обязательного медицинского страхования, направляемых на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования; нормированный страховой запас;

2) фонды и средства целевого назначения, формируемые за счет средств, направляемых на содержание исполнительной дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе: единый фонд оплаты труда, фонд материальных и приравненных к ним затрат, фонд производственного и социального развития.

Финансовые средства территориального фонда образуются за счет: страховых взносов предприятий на обязательное медицинское страхование; платежей, предусматриваемых органами исполнительной власти в соответствующих бюджетах на обязательное медицинское страхование неработающего населения; сумм, принимаемых в счет погашения задолженности по уплате страховых взносов на основании взаимозачетов; доходов, получаемых от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса финансовых средств территориального фонда; финансовых средств, взыскиваемых со страхователей, страховых медицинских организаций, медицинских учреждений и других юридических и физических лиц в результате предъявления им регрессных, штрафных и других требований; добровольных взносов юридических и физических лиц; других поступлений.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования и его филиалы финансируют страховые медицинские организации на основании договоров о финансировании обязательного медицинского страхования. Оно осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам.[[20]](#footnote-20)

В соответствии с договором о финансировании обязательного медицинского страхования при недостатке у страховой медицинской организации средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования она обращается в фонд за субвенциями.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование населения соответствующей территории, в том числе филиалы страховых медицинских организаций, находящихся на других территориях, предоставляют фонду информацию о количестве и составе застрахованных, объеме и стоимости оплаченных медицинских услуг при осуществлении ими территориальной программы обязательного медицинского страхования, размерах штрафных санкций, предъявленных ими к медицинским учреждениям, данные о расходах на ведение дела и формировании и расходовании резервов и фондов по обязательному медицинскому страхованию и другую необходимую информацию.

Полученные от фонда по дифференцированным подушевым нормативам средства обязательного медицинского страхования страховые медицинские организации используют на оплату медицинских услуг, формирование резервов, оплату расходов по ведению дела по обязательному медицинскому страхованию, формирование фонда оплаты труда работников, занятых обязательным медицинским страхованием.

Фонд устанавливает для страховых медицинских организаций единые нормативы финансовых фондов и резервов в процентах к финансовым средствам, передаваемым им на проведение обязательного медицинского страхования. При этом сумма средств в запасном резерве не должна превышать одномесячного, а в резерве финансирования предупредительных мероприятий — двухнедельного запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования. Фонд устанавливает порядок использования страховыми медицинскими организациями финансовых резервов и фондов[[21]](#footnote-21).

Резерв оплаты медицинских услуг — это финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для оплаты предстоящей медицинской помощи застрахованным. Средства резерва оплаты медицинских услуг предназначены для оплаты в течение действия договоров страхования медицинских услуг, оказанных застрахованному контингенту в объеме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования.

По окончании календарного года определяются финансовые результаты проведения обязательного медицинского страхования, и в случае превышения доходов над расходами сумма превышения направляется на пополнение резервов и дохода страховой медицинской организации.

Важное значение для развития системы медицинского страхования имеет Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. Она определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования граждан РФ предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при инфекционных и паразитарных заболеваниях. Базовая программа осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. На основе базовой программы органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования, объем предоставляемой медицинской помощи по которым не может быть меньше объема, установленного базовой программой[[22]](#footnote-22).

На территории РФ гражданам РФ предоставляется за счет средств федерального бюджета — медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения РФ; бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований — скорая медицинская помощь, оказываемая станциями скорой медицинской помощи; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах.

Подушевыми нормативами финансирования здравоохранения являются показатели, отражающие размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека. Они формируются органами исполнительной власти субъектов РФ исходя из определенных ими показателей стоимости медицинской помощи по видам ее оказания. Выравнивание условий финансирования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью осуществляется в порядке, установленном бюджетным законодательством и законодательством о медицинском страховании РФ.

В целях повышения эффективности средств, направляемых на финансирование здравоохранения, целесообразно:

1) сужение сферы прямого бюджетного финансирования учреждений здравоохранения в пользу финансирования через организации медицинского страхования в рамках системы обязательного медицинского страхования;

2) увеличение ставки взносов обязательного медицинского страхования для расширения перечня оказываемых медицинских услуг.

Существует точка зрения, согласно которой в перспективе будет осуществлен переход к финансированию основной части медицинских услуг лицам пенсионного возраста за счет обязательных сбережений целевого характера по принципу накопительной системы.

В целях совершенствования системы государственного финансирования здравоохранения предусматривается:

1) создание механизмов финансового взаимодействия взносов юридических и физических лиц в систему обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней на основе федеральной программы государственных гарантий;

2) разработка механизма выравнивания финансовых возможностей регионов по финансированию программы государственных гарантий;

3) установка тарифов на медицинские услуги на уровне, обеспечивающем все виды общественно необходимых затрат на их производство, ограничение тарифов на медицинские услуги монополистов на рынке медицинских услуг;

4) разработка единой системы оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках обязательного медицинского страхования;

5) формирование механизмов участия населения в затратах на оказание медицинской помощи в сочетании с реализацией механизмов адресности социальной помощи отдельным группам населения;

6) обеспечение прозрачности финансовых потоков в системе здравоохранения.

Система обязательного медицинского страхования — важнейшая составная часть системы страхования, в том числе обязательного и добровольного. Она играет решающую роль как и экономической, так и в социальной безопасности государства.[[23]](#footnote-23)

**ГЛАВА 2. Специфика работы Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования**

**2.1 Особенности формирования и использования бюджета ККФОМС**

Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования (КФОМС) - самостоятельное некоммерческое государственное финансово-кредитное учреждение - создан 7 мая 1993 года с целью реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования.

Основными задачами краевого фонда ОМС являются: обеспечение реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», обеспечение всеобщности обязательного медицинского страхования, доступности медицинской помощи жителям края за счет средств ОМС, а также – обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования. Руководство деятельностью краевого Фонда осуществляется Правлением краевого Фонда и его постоянно действующим органом – исполнительной дирекцией, возглавляемой директором.

Правовая база в области обязательного медицинского страхования в крае постепенно сформировалась. При непосредственном участии работников краевого фонда ОМС принимались основополагающие нормативные документы, регулирующие деятельность в области здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования в Красноярском крае, так, например:

- в феврале 1995 года Постановлением администрации Красноярского края №51-П утверждены Правила обязательного медицинского страхования граждан на территории Красноярского края;

- в феврале 1997 года Постановлением администрации края утверждено Положение о согласительной комиссии системы обязательного медицинского страхования;

- c декабря 2004 года действует Закон Красноярского края “О реализации государственных гарантий оказания населению края бесплатной медицинской помощи”.

С 1999 года Постановлением администрации Красноярского края ежегодно утверждается основной документ - Программа государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи, обеспечивающий сбалансированность обязательств государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи и финансовых средств на ее реализацию.

Краевая Программа разработана, исходя из нормативов, а также фактических объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и бюджете Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования.

Краевая Программа обеспечивает реализацию конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи за счет соответствия гарантированных видов и объемов медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств.

Краевая Программа включает в себя:

1. Перечень заболеваний, видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых населению края бесплатно из средств краевого, местных бюджетов и за счет средств обязательного медицинского страхования.

* Перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению края бесплатно из средств краевого, местных бюджетов и за счет средств обязательного медицинского страхования.
* Перечень заболеваний, видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых населению края бесплатно из средств краевого и местных бюджетов.
* Перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой населению края за счет средств обязательного медицинского страхования.

1. Перечень мероприятий, финансируемых из средств краевого и местных бюджетов.
2. Типы учреждений здравоохранения (структурных подразделений), финансируемых из средств краевого и местных бюджетов.
3. Перечень учреждений здравоохранения, видов деятельности, финансируемых из средств краевого бюджета и за счет средств обязательного медицинского страхования.
4. Сводный расчет объемов и стоимости краевой Программы.
5. Объемы стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой медицинской помощи, медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, и размер их финансирования для муниципальных образований (муниципальный заказ - задание на предоставление государственных, муниципальных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения муниципальных образований ).
6. Планы - задания учреждениям здравоохранения Красноярского края и ведомственным учреждениям здравоохранения на реализацию государственных, муниципальных медицинских услуг в объемах стационарной, амбулаторно - поликлинической, скорой медицинской помощи и медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах.
7. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, применяемых при реализации государственных гарантий.
8. Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи населению на территории Красноярского края.

Сводный баланс расчетной и утвержденной стоимости краевой Программы.

*Организационная структура управления красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования.*

**ПРАВЛЕНИЕ**

**ДИРЕКТОР**

Заместитель директора – начальник финансово – экономического управления

Заместитель директора по организации ОМС

Заместитель директора – начальник управления правового и кадрового обеспечения

Заместитель директора - начальник управления информационного обеспечения

Финансово – экономическое управление

Отдел

Финансовый отдел

Отдел анализа и поступлений финансовых средств

Ревизионный отдел

Отдел организации ОМС

Отдел по организации льготного лекарственного обеспечения

Отдел организации учёта застрахованных граждан

Управление правового и кадрового обеспечения:

Юридический отдел

Группа по работе с персоналом

Управление информационного обеспечения:

Отдел ………… эксплуатации информационных систем

Отдел анализа, проектирования и разработки информационных систем

Отдел мониторинга закупок в системе ОМС

Управляющий делами ОХО

Главный специалист по связям с общественностью

**Главный бухгалтер**

Отдел бюджетного учёта и отчётности

Советник директора по вопросам лекарственного обеспечения

Филиалы: 1. Ачинский 6. Минусинский

2. Железногорский 7. Норильский

3. Зеленогорский 8. Ужурский

4. Канский 9. Таймырский

5. Лесосибирский 10. Эвенкийский

В структуру исполнительной дирекции краевого фонда ОМС входят 11 филиалов, расположенных в городах Красноярского края, в 44 районах края работают уполномоченные представители. Общая численность сотрудников КФОМС составляет 243 человека.

C 2000 года ежегодно принимается Закон Красноярского края «О бюджете Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования».

В настоящее время в крае завершен перевод стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи в систему ОМС, за счет средств которой почти 3 млн. жителей получают медицинскую помощь.

Результативность деятельности системы обязательного медицинского страхования во многом зависит от слаженности работы ее субъектов. Ядром системы ОМС, главным ее звеном для граждан, являются лечебно-профилактические учреждения.

В 2007 году система ОМС насчитывала 153 ЛПУ (с правом юридического лица):

- 12 краевых медицинских учреждений оказывают квалифицированную специализированную стационарную, амбулаторно-поликлиническую и стационарозамещающую медицинскую помощь. Они составляют 8% от общего количества ЛПУ системы ОМС.

- 121 учреждение муниципального здравоохранения (35 – городских, 40 – центральных районных, 23 – участковые больницы).

- 9 ведомственных медицинских учреждений (составляют в структуре медицинских учреждений системы ОМС 7%).

Кроме того, Программа госгарантий реализуется 12 частными медицинскими учреждениями. Это учреждения ОАО «Красэйр», ЛПУ системы железнодорожного транспорта, ОАО КРАМЗ.

В течение 15 лет менялось количество медицинских страховых организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование. В 1993 году эту работу начинали 12 организаций, сегодня их работает на территории края 7.

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование страховой  медицинской организации | Территория страхования |
| ЗАО Медицинская  страховая организация  «Надежда» | г. Красноярск, г. Сосновоборск,  г. Дивногорск, г. Железногорск,  Березовский район, Емельяновский район |
| ЗАО Страховая организация «Корпорация Медицинского Страхования» | г. Красноярск, Балахтинский район,  Березовский район, Богучанский район, Емельяновский район,  Курагинский район,  Манский район, Партизанский район, Сухобузимский район,  Ужурский район |
| ООО Медицинская страховая компания «Медика-Восток» | г. Красноярск, г. Дивногорск,  г. Железногорск, Эвенкийский муниципальный район |
| Красноярский филиал ООО «Страховая компания «Согласие-М» | г. Красноярск, г. Дивногорск, г.Сосновоборск, Емельяновский р-н |
| Норильский филиал ООО «Страховая компания «Согласие-М» | г. Норильск |
| Зеленогорский филиал ЗАО «Медицинская акционерная страховая компания «Макс-М» | г. Зеленогорск, г.Железногорск |
| Филиал «Красноярск-РОСНО-МС»  ОАО СК «РОСНО-МС» | г. Норильск, г. Красноярск, Таймырский муниципальный район |

Условия работы страховщиков, как и работников краевого фонда ОМС, непростые: Красноярский край составляет 13,7% от территории России и имеет протяженность около 3 000 километров. Средняя плотность населения в четыре раза ниже, чем в целом по Российской Федерации. Кроме того, в 2007 году произошло объединение Красноярского края с Эвенкийским и Таймырским автономными округами.

С первого года внедрения ОМС в крае работают ООО МСК «Медика-Восток», ЗАО СО «Корпорация медицинского страхования», ЗАО МСО «Надежда». Несколько позже в крае начали свою работу филиал МАСК «Макс-М», Норильский филиал СК «Согласие-М».

А с 2006 года на территории края на конкурсной основе начали свою деятельность филиалы московских страховых организаций РОСНО-МС и Согласие-М.

Страховые медицинские организации имеют 16 филиалов, 58 представительств, 3 агентства.

Бюджет краевого фонда ОМС, а также отчет об его исполнении ежегодно составляется исполнительной дирекцией Фонда и утверждается Законодательным собранием края в форме Закона.

Основные статьи доходов Фонда – часть единого социального налога и страховые взносы на ОМС неработающего населения. Основная статья расходов – финансирование территориальной Программы обязательного медицинского страхования в составе Программы государственных гарантий оказания жителям Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

Средства Фонда в 2008 году из краевого бюджета составляют 6118079,9 (Диаграмма1) тыс. рублей, в том числе:

5149206,6 тыс. рублей - страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

968873,3 тыс. рублей - средства на осуществление мер социальной поддержки населения Красноярского края, из них:

459844,0 тыс. рублей - средства на обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения отдельных категорий граждан согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения";

146537,9 тыс. рублей - средства на реализацию мер социальной поддержки ветеранов труда - в части бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов, тружеников тыла - в части обеспечения лекарственными средствами, бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов согласно Закону края от 10 декабря 2004 года N 12-2703 "О мерах социальной поддержки ветеранов", за исключением населения Таймырского Долгано-Ненецкого и Эвенкийского муниципальных районов;

12491,4 тыс. рублей - средства на реализацию мер социальной поддержки реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий, - в части обеспечения лекарственными средствами, бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов согласно Закону края от 10 декабря 2004 года N 12-2711 "О мерах социальной поддержки реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий", за исключением населения Таймырского Долгано-Ненецкого и Эвенкийского муниципальных районов;

350000,0 тыс. рублей - средства на реализацию мер социальной поддержки ветеранов труда, ветеранов труда края и пенсионеров - в части обеспечения лекарственными средствами по рецептам врачей (фельдшеров) со скидкой в размере 50 процентов их стоимости согласно Закону края от 10 декабря 2004 года N 12-2703 "О мерах социальной поддержки ветеранов".



Диаграмма 1

Основной статьей расходов бюджета краевого фонда ОМС является финансирование расходов по программе ОМС. Программа ОМС является составной частью программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи и составляет 50 процентов ее стоимости. За последние десять лет стоимость программы ОМС возросла в 14 раз, за последние пять лет – в 2 раза. В 2008 году стоимость программы ОМС составляет около 12, 0 млрд. рублей.

За последние пять лет в структуре доходов, направляемых на финансирование программы ОМС, доля налоговых поступлений сократилась с 54,7 до 37,2 процентов, страховых взносов на ОМС неработающего населения - увеличилась с 40,9 процентов до 48,5; средств Федерального фонда ОМС - увеличилась с 1,1 до 12,5 процентов. Причиной тому является изменение налогового законодательства с 2005 года: уменьшение ставки единого социального налога, перечисляемого в территориальные фонды ОМС, с 3,4 до 2 процентов, увеличение ставки единого социального налога, перечисляемого в Федеральный фонд ОМС – с 0,2 процентов до 0,8 (с 2006 года – с 0,2 процентов до 1,1).

В настоящее время в краевом фонде зарегистрировано 158 280 налогоплательщиков, из них 73 118 – юридических лиц, 85 162 – физических. С 2004 года постановка и снятие с учета юридических и физических лиц проходит путем реализации концепции "одного окна" через государственные налоговые инспекции регионов Красноярского края.

В целях обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, краевым фондом ОМС проводится постоянная системная работа по привлечению дополнительных средств из Федерального бюджета. За 1993-2007 годы из Федерального фонда ОМС получено 915,8 млн. рублей субвенций на оказание бесплатной медицинской помощи населению Красноярского края в рамках программы ОМС края.

Ежегодно увеличивается показатель обеспеченности средствами ОМС на одного застрахованного гражданина. С 2000 года подушевой норматив финансирования на одного жителя по программе обязательного медицинского страхования увеличился с 568 рублей до 3489 рублей (в 2008 году), то есть, в 6 раз.

В структуре финансирования программы ОМС имеет место устойчивая тенденция увеличения доли расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь: с 35 процентов в 2003 году до 39 процентов в 2008 году и уменьшения доли расходов на стационарную помощь: с 64 процентов в 2003 году до 59 процентов в 2008 году. Увеличилась стоимость койко-дня по продуктам питания и медикаментам, в 2008 году стоимость койко-дня по продуктам питания составляет 58 рублей, по медикаментам - 135 рублей.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования, краевым фондом ОМС проводится работа по модернизации системы оплаты медицинской помощи на территории края, по централизованному закупу лекарственных средств и изделий медицинского назначения, продуктов питания для учреждений здравоохранения, по контролю за целевым и рациональным использованием средств.

В рамках мероприятий по модернизации системы оплаты медицинской помощи, длительность лечения в тарифе на медицинские услуги приведена в соответствие с фактической длительностью лечения. Начиная с 2003 года, длительность лечения в стационаре снизилась с 12,7 дней до 11,8 дней в 2008 году.

Опыт работы краевого фонда ОМС по межтерриториальным расчетам с 88 территориальными фондами ОМС Российской Федерации показал, что количество случаев оказания медицинской помощи жителям Красноярского края за пределами края за последние пять лет увеличились более чем в 4 раза – с 44 046 случаев до 182 013. Это связано с увеличением мобильности населения, в связи с оживлением экономической ситуации в стране, с участившимися выездами на отдых, учебу, работу.

Расходы на межтерриториальные расчеты в 2007 году составили около 165,0 млн. рублей (1,6 процента от стоимости программы ОМС). В 2007 году 118 501 житель Красноярского края получил медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения за пределами Красноярского края.

В свою очередь, 63 512 жителей других территорий РФ получили медицинскую помощь в учреждениях Красноярского края (республики Хакасия – 20 211 человек, г. Москвы – 7 228 человек, Иркутской области – 6 788, Новосибирской области – 6 124, Кемеровской области – 4 635). Лечение пациентов, застрахованных на других территориях, можно рассматривать как дополнительный источник финансирования системы ОМС.

Краевой фонд ОМС выполняет функции, делающие его активным участником самых важных и новых направлений государственной социальной политики.

С 2005 года краевой фонд ОМС осуществляет финансирование мер социальной поддержки населению Красноярского края в части льготного лекарственного обеспечения и зубопротезирования. За 2005 - 2007 годы на эти цели направлено более 4,5млрд. рублей, из них 3,5 млрд. рублей - из федерального бюджета, более 1,0 млрд. рублей – из краевого бюджета.

Финансирование льготного лекарственного обеспечения позволило в 2007 году обеспечить 129 153 федеральных и 140 608 региональных льготников лекарственными средствами. В 2007 году 111 человек, страдающих заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями другими тяжелыми заболеваниями получили возможность получать бесплатно дорогостоящие лекарственные средства на сумму более 1 млн. рублей в год на человека.

Снизился показатель смертности населения края в целом на 11% (от 15,681 на 1 тыс. населения в 2005 году до 13,922 в 2006 году), в том числе от болезней органов дыхания - на 25%, от бронхиальной астмы - на 22%, болезней эндокринной системы - на 6%, в том числе от сахарного диабета, болезней системы кровообращения - на 10%.

За 2006-2007 годы 29 625 гражданам, имеющим право на льготу, оказаны услуги по зубопротезированию на общую сумму 221,1 млн. рублей. Средняя стоимость лечения составила 7 462 рубля на одного человека.

С 2006 года, краевой фонд ОМС осуществляет реализацию национального проекта в сфере здравоохранения. За 2006 - 2007 гг. на финансирование национального проекта из средств федерального бюджета поступило и направлено в учреждения здравоохранения края около 1, 0 млрд. рублей., в том числе:

- на дополнительные денежные выплаты медицинским работникам первичного звена за выполнение государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи – 685,1 млн. рублей;

- на проведение диспансеризации граждан, работающих в бюджетной сфере – 120,1 млн. рублей;

- на диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, – 5,4 млн. рублей;

- на дополнительное финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений за лечение неработающих пенсионеров – 152,9 млн. рублей.

В связи с принятием в 2004 году Федерального Закона № 122-ФЗ, которым с 1 января 2005 года введен новый механизм финансирования и предоставления мер социальной поддержки гражданам, пользующимся льготами и социальными гарантиями, 1 декабря 2004 года в краевом фонде ОМС создан отдел организации льготного лекарственного обеспечения. С 2007 года дополнительное лекарственное обеспечение стало частью территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

Организация мер по ДЛО осуществляется в настоящее время на федеральном и региональном уровнях. На территории края контроль над реализацией дополнительного лекарственного обеспечения, наряду с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Красноярского края и агентством здравоохранения и лекарственного обеспечения администрации Красноярского края, осуществляет краевой фонд ОМС. С 2007 года к проверкам организации ДЛО по поручению краевого фонда привлечены также специалисты страховых медицинских организаций.

Контроль над реализацией дополнительного лекарственного обеспечения включает проверку обеспечения доступности лекарственной помощи, организации ДЛО в медицинских учреждениях, рационального использования средств, выделенных на ДЛО, а также проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской и лекарственной помощи.

Реализацию дополнительного лекарственного обеспечения в крае осуществляют 155 аптечных учреждений.

**2.2 Особенности обязательного медицинского страхования на территории ЕМО г. Норильск**

На территории г. Норильска работают три страховые компании:

* НФ СО «Корпорация медицинского страхования»,
* Норильский филиал СК «Согласие- М»,
* Филиал «Красноярск- РОСНО- МС».

Перечень медицинских услуг, предоставляемых населению Норильска бесплатно за счет средств *краевого бюджета:*

1. Высокотехнологичные (дорогостоящие) медицинские услуги, определенные приказом управления здравоохранения администрации Красноярского края.

2. Льготное лекарственное обеспечение в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1. Льготное протезирование зубов, слухопротезирование, глазное протезирование.
2. Медицинское освидетельствование граждан, подлежащих призыву на военную службу.
3. Экстренная медицинская помощь, оказываемая в краевых организациях здравоохранения населению, не имеющему страховых медицинских полисов обязательного страхования граждан (жителям других субъектов Российской Федерации, жителям ближнего и дальнего зарубежья, гражданам без определенного места жительства, беженцам и вынужденным переселенцам).
4. Медицинская помощь по социальным показаниям, кроме абортов.
5. Военно-врачебная, судебно-медицинская экспертизы.

Перечень медицинских услуг, предоставляемых населению Норильска бесплатно за счет средств *местных бюджетов:*

1.Льготное лекарственное обеспечение в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1. Военно-врачебная, судебно-медицинская экспертизы.
2. Льготное протезирование зубов.
3. Медицинское освидетельствование граждан, подлежащих призыву на военную службу.

5.Экстренная медицинская помощь, оказываемая в муниципальных организациях здравоохранения населению, не имеющему страховых медицинских полисов обязательного страхования граждан (жителям других субъектов Российской Федерации, жителям ближнего и

дальнего зарубежья, гражданам без определенного места жительства, беженцам и вынужденным переселенцам).

6.Медицинская помощь по социальным показаниям, кроме абортов.

Перечень заболеваний, видов медицинской помощи, предоставляемых населению Норильска за счет средств *обязательного медицинского страхования*

*(территориальная программа обязательного медицинского страхования):*

Населению, проживающему на территории Норильска, бесплатно за счет средств обязательного медицинского страхования предоставляются следующие виды медицинской помощи:

1. Скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями в период беременности и при родах.
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению, включая наблюдение здоровых детей), диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому.
3. Стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции больного по эпидемиологическим показаниям; при патологии беременности, родах и абортах; при плановой госпитализации с целью проведения диагностических мероприятий, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.
4. Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах всех типов при плановой госпитализации с целью проведения лечения, диагностических мероприятий и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Перечень организаций здравоохранения, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования:

МУЗ «Детская городская больница» (за исключением лечения туберкулеза). Персонал 646 человек.

МУЗ «Городская больница № 1». Персонал 1556 человек.

МУЗ «Городская поликлиника № 1». Персонал 959 человек

МУЗ «Медико-санитарная часть № 2» (за исключением стационара). Персонал 779 человек.

МУЗ «Городская поликлиника № 3». Персонал 292 человека

МУЗ «Городская больница № 32 п. Снежногорск. Персонал 47человек.

МУЗ «Норильская стоматологическая поликлиника». Персонал 288 человек.

МУЗ «Родильный дом». Персонал 534 человека.

Краевое Государственное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №5» финансируется из федерального фонда, из краевого фонда ОМС и местного бюджета.

Перечень организаций здравоохранения, финансируемых за счет средств местных бюджетов:

МУЗ «Детская городская больница» (в части лечения туберкулеза).

МУЗ «Городская больница № 2». Персонал 336 человек.

МУЗ «Станция скорой медицинской помощи».

МУЗ «Медико-санитарная часть № 2» (в части стационара).

Медицинская услуга - определенная совокупность медицинских (лечебных, профилактических, диагностических) мероприятий, проводимых в отношении одного пациента.

Предусмотрены нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Медицинские услуги классифицируются на детальные и простые.

Под детальной медицинской услугой понимается элементарная неделимая услуга.

Простая услуга может быть представлена как совокупность детальных услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помощи по данной нозологии.

Под простой услугой понимается законченный случай по определенной нозологии: для стационаров - пролеченный больной, для амбулаторно - поликлинических учреждении - законченный случай лечения, за исключением стоматологических поликлиник, где под простой услугой понимается санированный больной, для служб скорой помощи - выезд и проведение лечения.

Медицинская помощь, в том числе предоставляемая в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других организациях здравоохранения или их соответствующих структурных подразделениях:

показатель объема медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, выражается в количестве посещений в расчете на одного человека в год.

Норматив объема медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом секторе в Норильске составляет 9,960 посещений на одного человека в год, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 8,230 посещений. (пп. 6.1.1 в ред. Постановления Совета администрации края от 05.06.2008 N 267-п). Стоимость ОМС в рублях составляет 468308,8 руб.

Норматив финансовых затрат на одно посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений составляет 168,6 рубля, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 157,5 рубля.

Медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров всех типов: показатель объема медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров всех типов, выражается в количестве пациенто-дней в расчете на одного человека в год. Норматив объема медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров в Норильске, составляет 0,424 пациенто-дня, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,318 пациенто-дня.

Норматив финансовых затрат на один пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров всех типов составляет 292,9 рубля, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 271,1 рубля.

Медицинская помощь, предоставляемая в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях: показатель объема медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, выражается в количестве койко-дней в расчете на одного человека в год. Норматив объема медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, составляет 2,911 койко-дня, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 2,100 койко-дня. Стоимость ОМС составляет 36982,7 руб.

Норматив финансовых затрат на один койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях составляет 882,9 рубля, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 935,7 рубля.

Скорая медицинская помощь: показатель объема скорой медицинской помощи, выражается в количестве вызовов в расчете на одного человека в год. Норматив объема скорой медицинской помощи составляет 0,343 вызова. Стоимость ОМС 17353,8 руб.

Норматив затрат на один вызов скорой медицинской помощи, составляет 902,0 рубля.

НФ СО «Корпорация медицинского страхования» страхует работников предприятий всех форм собственности, а также физические лица без образования юридического лица. У КМС заключено около 2000 договоров.

У каждого предприятия есть право выбора в какой из компаний, работающих на территории заключать договор ОМС.

Обязательное медицинское страхование осуществляется с целью гарантии гражданам при возникновении страхового случая оказания медицинской помощи и проведения профилактических мероприятий за счет средств, накапливаемых в фондах обязательного медицинского страхования.

Отчисления с фонд обязательного медицинского страхования производятся за счет издержек производства и обращения и других источников. Размер отчислений ОМС определяется следующим образом

ОМС = З х Рмс/100,

где З – начисленная зарплата и другие приравненные к ней выплаты, руб.,

РМС –установленный процент отчислений на обязательное медицинское страхование (3,6% с 01.01.01 г., 3,1% с 01.01.06 г.)

Учет отчислений в РОФОМС ведется на пассивном счете 69-3 «Расчеты по обязательному медицинскому страхованию».

Перечисление средств на обязательное медицинское страхование производится: в федеральный фонд в размере 1,1%, в территориальный фонд – 2,0% суммы начислений.

Страхователем неработающего населения является филиал «Красноярск- РОСНО- МС», выигравший государственный тендер в 2006 году.

В соответствии со статьей 2 Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28.06.91 N 1499-1 (в редакции Закона РФ от 02.04.93 N 4741-1) и на основании действующего Постановления Администрации Красноярского края от 07.03.2001 N 158-п "Об утверждении программы государственных гарантий обеспечения населения Красноярского края бесплатной медицинской помощью в 2008 году" администрацией г. Норильска был утверждена численность неработающего населения, подлежащего обязательному медицинскому страхованию.

Таблица 2

Численность неработающего населения, подлежащих ОМС на 2007 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N  п/п | Наименование организации,  учреждения | Количество  человек |
| 1 | Департамент охраны здоровья и лекарственного обеспечения населения (дети до 7 лет) | 17283 |
| 2 | Управление образования (дети школьного возраста) | 34527 |
| 3 | НИИ дневное отделение (1, 2 курс) | 1106 |
| 4 | НИИ политехнический колледж | 1070 |
| 5 | Норильский филиал  Кисловодского института  экономики и права | 433 |
| 6 | Норильский филиал СГУ | 420 |
| 7 | Медицинское училище | 320 |
| 8 | Педагогическое училище | 353 |
| 9 | Красноярский строительно - монтажный техникум | 245 |
| 10 | ПТУ-17 | 719 |
| 11 | ПТУ-105 | 766 |
| 12 | ПТУ-57 | 512 |
| 13 | ПТУ-58 | 652 |
| 14 | Центр занятости населения | 4883 |
| 15 | УВД (аттестованный состав, финансируемый из местного бюджета) | 807 |
| 16 | Колледж искусств | 194 |
| 17 | Управление пенсионного фонда (неработающие пенсионеры, инвалиды) | 12864 |
| 18 | Лица без определенного места  жительства | 913 |
| 19 | Прочие неработающие | 28602 |
|  | Итого: | 106669 |

Существует большая задолженность муниципального образования по выплатам на неработающее население.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования сумма перечисляемых средств по стране в целом в шесть раз меньше расчетной. Имеющаяся судебная практика по взысканию данной задолженности к сожалению является мало эффективной. В соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации предусмотрен иммунитет бюджета, т. е. нельзя взыскать с бюджета суммы в нем не предусмотренные. Свободного же имущества у субъекта Российской Федерации (муниципального образования) на которое можно обратить взыскание как правило не имеется, все оно закреплено на праве хозяйственного ведения, либо оперативного управления за конкретными организациями.

Принудительное взыскание страховых взносов на ОМС неработающего населения в судебном порядке, либо с помощью органов прокуратуры затрудняется еще и тем, что исполнительный директор территориального фонда обязательного медицинского страхования назначается (и освобождается) на должность органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Таким образом, инициирование процедуры взыскания страховых взносов чревато освобождением исполнительного директора фонда от занимаемой должности.

Отсутствие эффективного порядка уплаты страховых взносов привело к тому, что по состоянию на 1 января 2008 года задолженность составила ……

В настоящее время разработаны рекомендации на основе Методики расчета минимального размера платежа на ОМС неработающего населения субъекта Российской Федерации, изложенной в согласованных с Министерством финансов Российской Федерации информационных письмах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.05.2007 г. N 3950-ВС / от 17.05.2007 г. N 3613/26-3/и «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год» и от 06.08.2007 г. N 5922-ВС / N 5784/20-и «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год».

Проанализировав ситуацию по развитию ОМС, мы пришли к выводам:

-нет конкуренции между страховщиками, скорее всего, имеет место разделение сфер влияния между компаниями;

- нет конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями (для пациента на практике затруднено право выбора врача и лечебного учреждения);

- у лечебно-профилактических учреждений, также и у врачей не стимулов к эффективному использованию ресурсов.

**Заключение**

В данной выпускной квалификационной работе рассмотрена система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, бюджет Красноярского Краевого Фонда Обязательного Медицинского Страхования, страховые организации г. Норильска.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и призвано обеспечить всем гражданам равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи за счет страховых средств в объеме и на условиях, определяемых соответствующими программами.

В первой части исследования мы рассматривали систему организации, финансирования Обязательного Медицинского Страхования. Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование является Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», принятый в 1991 году.

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование осуществляется в форме договора между страхователем и страховой медицинской организацией. Страховая медицинская организация в соответствии с действующим законодательством обязана защищать права и интересы застрахованных.

В качестве субъектов медицинского страхования Законом РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» определены гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Страхователем при обязательном медицинском страховании неработающего населения выступает исполнительная власть субъектов РФ; работающего населения – организации, физические лица, которые в соответствии с законодательством РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Во второй части выпускной работы мы рассматривали бюджет Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования, а также особенности обязательного страхования работающего и неработающего населения в городе Норильске.

Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования - самостоятельное некоммерческое государственное финансово-кредитное учреждение - реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования.

В состав краевого фонда ОМС входят 11 филиалов, расположенных в городах Красноярского края. Обязательное медицинское страхование проводят 7 страховых медицинских организаций.

В 2008 году бюджет краевого фонда ОМС составляет более 12 млрд. рублей, более 10 процентов бюджета края.

Основной статьей расходов бюджета краевого фонда ОМС является финансирование расходов по программе ОМС. Программа ОМС является составной частью программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи и составляет 50 процентов ее стоимости.

Основными источниками финансирования программы ОМС являются налоговые поступления, страховые взносы на ОМС неработающего населения, средства Федерального фонда ОМС.

Краевой фонд ОМС выполняет функции, делающие его активным участником самых важных и новых направлений государственной социальной политики: льготное лекарственное обеспечение и зубопротезирование.

На территории г. Норильска работают три страховые компании: НФ СО «Корпорация медицинского страхования», Норильский филиал СК «Согласие- М», Филиал «Красноярск - РОСНО- МС».

МУЗ «Детская городская больница», МУЗ «Городская больница № 1», МУЗ «Городская поликлиника № 1», МУЗ «Медико-санитарная часть № 2» , МУЗ «Городская поликлиника № 3», МУЗ «Норильская стоматологическая поликлиника», МУЗ «Родильный дом» финансируются за счет средств обязательного медицинского страхования.

НФ СО «Корпорация медицинского страхования» страхует работников предприятий всех форм собственности, а также физические лица без образования юридического лица. Основными застрахованными в Норильском филиале СК «Согласие- М» являются работники ОАО «ГМК «Норильский никель». Страхователем неработающего населения является филиал «Красноярск – РОСНО - МС».

Проведенное исследование позволило выявить ряд проблем:

1. Выбор страховщика осуществляется работодателями без учета интереса застрахованных граждан и органов власти.

2. Дети и родители застрахованы в разных компаниях, следовательно, отсутствует возможность развития института семейных врачей.

3.Наблюдаются недостатки в части обеспечения доступности качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных:

явное снижение доступности медицинской помощи, нарастание платных медицинских услуг для населения.

Основным выводом следует считать то, что ОМС в России доказала свою необходимость и работает. Во-вторых, финансовое обеспечение Программы из года в год улучшается, однако нерешенные задачи не позволяют обеспечить программу достаточными финансовыми средствами.

В- третьих, существует дисбаланс между обязательствами государства по оказанию бесплатной медицинской помощи населению и выделяемыми финансовыми средствами на ОМС неработающих граждан, что не позволяет реализовывать в полном объеме экономический потенциал системы ОМС.

Наблюдается недостаточная проработанность законодательной и нормативной базы по бюджетированию программы обязательного медицинского страхования населения, страховые взносы не покрывают всех расходов по программе бесплатной медицинской помощи, таким образом, гипотеза о необходимости совершенствования нормативной базы на уровне субъекта федерации и разработки механизмов поступления бюджетных средств на неработающее население, подтверждается.

**Список литературы**

1. Конституция Российской Федерации. М., 1993.
2. Закон РФ от 29 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями). М., 1999.
3. Закон Красноярского края « О бюджете Красноярского Краевого Фонда Обязательного Медицинского Страхования на 2008 г». (в ред. Законов Красноярского края от 03.04.2008 N 5-1498, от 26.06.2008 N 6-1862).
4. Постановление «Об утверждении программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи на 2008 год». Красноярск, 2008
5. «О работе медицинских учреждений в системе Обязательного Медицинского Страхования». Письмо № 4468/30-4/и от 19 августа 2008г. Фонд Обязательного медицинского страхования.
6. Типовые правила Обязательного Медицинского Страхования граждан. (В ред. приказов ФФОМС от 24.11.2004 № 74, от 10.05.2006 № 55, от 21.03.2007 № 56)
7. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг. Утвержденная министром здравоохранения Российской Федерации Ю.Л.Шевченко 10.11.1999г. № 01-23/4-10
8. Габова А.А., Козлова Н.Е. Комментарий к Закону Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в российской федерации" (постатейный). Консультант плюс.
9. Гвозденко А.А. Основы страхования: Учебник. –М.: Финансы и статистика, 2003.
10. Герасименко Н.Ф., Григорьев И.Ю. Обязательное медицинское страхование: что нужно знать медицинскому работнику. М., 2003. -272с.
11. Государственные и муниципальные гарантии и поручительства. Учебник. М., 2006.
12. Захаров М.Л., Тучкова Э.Г. Право социального обеспечения России: Учебник. М.: Волтерс Клувер, 2004.
13. Лушникова М.В. От советской системы к современным новациям. Актуальные вопросы развития обязательного социального страхования в Российской Федерации и его законодательное обеспечение. // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. № 5 2004.
14. Невинная И. Кто заплатит за бесплатного пациента. // Российская Газета 2004. 15 января.
15. В.А. Полыга. Реализация права наемных работников на обязательное медицинское страхование. Консультант плюс.
16. Романова М.В. Основы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. //Налоги и сборы. №6, 2005.
17. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. Библиотека главного врача. Приложение к журналу « Здравоохранение» Москва. МЦФЕР 2004,-.306с.
18. Страховое право . /Под ред. А.К. Шахова. –М.: Юнита, 2007.
19. Страхование. Виды страхования. – М., 2006
20. Татарников М.А. Краткий обзор экономических реформ Российского здравоохранения. "Экономика здравоохранения" N 2,3,4, 2006 г.
21. Федорова М.Ю. Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.// Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. -2004. -№ 09
22. Финансы государственных и муниципальных социальных услуг РФ. Учебник. М., 2006.
23. Федорова М.Ю. Правовая природа медицинского страхования. Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации// Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. № 09, 2004.
24. Что должен знать страхователь об обязательном медицинском страховании. / Под ред. проф. И.В. Полякова и канд. мед. наук В.В. Гришина. - М., 2006.- 197с
25. Шахов В.В. Страхование: Учебник для вузов.- М., 2003 – 311с.

26.Кадыров Ф.Н. Обязательное медицинское страхование: системные противоречия и проблемы реализации выбранной модели. // www. rosmedstrah.ru

**Приложение**

Таблица 1 МУЗ "Родильный дом"2006 - 2007 года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период | Кол-во пролеченных (чел.) 2006 год | К оплате (руб.) 2006 год | Кол-во пролеченных (чел.) 2007 год | К оплате (руб.) 2007 год |
| январь | 352 | 306922,36 | 141 | 1017589,1 |
| январь | 156 | 78674,47 | 25 | 182537,19 |
| февраль | 444 | 346990,65 | 175 | 1167146,27 |
| январь | 196 | 2986509,52 | 23 | 274361,3 |
| февраль | 444 | 4331986,36 | 3 | 22182,03 |
| март | 281 | 149361,66 | 185 | 1310638 |
| март | 261 | 219025,05 | 18 | 66239,06 |
| январь (доп.) | 1 | 725,64 | 1 | 8915,9 |
| апрель | 261 | 144045,3 | 203 | 1422505 |
| апрель | 230 | 228485,6 |  |  |
| май | 236 | 697986,93 | 150 | 70707,2 |
| май | 256 | 1901701,98 |  |  |
| май (доп.) | 1 | 7394 | 3 | 2175,11 |
| май (доп.) | 73 | 546098,8 | 5 | 18515,01 |
| июнь (доп.) | 275 | 2755257,35 | 11 | 80365,13 |
| июнь | 501 | 2785581,76 | 235 | 701323,6 |
| июль | 415 | 5044183,1 | 70 | 517580 |
| июнь (доп.) | 80 | 1175593,09 | 11 | 40733,16 |
| август | 423 | 5471081,65 | 119 | 868709,9 |
| сентябрь | 210 | 2569729,87 | 259 | 1915046,6 |
| август (доп.) | 3 | 12495,86 |  |  |
| октябрь | 230 | 1278338,8 | 195 | 1441830,59 |
| ноябрь | 235 | 1397480 | 116 | 819335,13 |
| ноябрь (доп.) | 37 | 435232,42 | 2 | 8331,09 |
| ноябрь (доп.) | 44 | 449787,47 | 13 | 49913,6 |
| ноябрь (доп.) | 42 | 475864,3 | 15 | 20569,3 |
| ноябрь (доп.) | 25 | 274288,1 | 2 | 11698,31 |
| ноябрь (доп.) | 12 | 138518 | 15 | 110925,01 |
| декабрь | 274 | 146030,3 | 230 | 1971501,01 |
| август (доп.) | 2 | 12484 | 1 | 7399,1 |
| декабрь (доп.) | 1 | 389 | 15 | 105901 |
| ноябрь (доп.) | 1 | 3703 | 11 | 80362,6 |
| март (доп.) | 63 | 66787 |  |  |
| март (доп.) | 27 | 198770 |  |  |
| март (доп.) | 51 | 208913 |  |  |
| март (доп.) | 44 | 235077 |  |  |
| март (доп.) | 63 | 691150 |  |  |
| март (доп.) | 27 | 20573 |  |  |
| март (доп.) | 51 | 216213 |  |  |
| март (доп.) | 44 | 243325 |  |  |
| Итог | 6372 | 38252754,39 | 2252 | 14315036,3 |

Таблица 2 МУЗ "Городская больница №1"

2006-2007 года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период | Кол-во пролеченных (чел.) 2006 год | К оплате (руб.) 2006 год | Кол-во пролеченных (чел.) 2007 год | К оплате (руб.) 2007 год |
| январь | 874 | 821574,63 | 244 | 1281080 |
| январь (доп.) | 2 | 19638,35 | 3 | 10880 |
| январь (доп.) | 4 | 127680,47 | 4 | 7396,02 |
| февраль | 1158 | 12252026,61 | 381 | 2130875 |
| февраль (доп.) | 1 | 17033,17 | 1 | 610,5 |
| февраль (доп.) | 1 | 903,73 | 4 | 26140 |
| февраль (доп.) | 1 | 1425,65 | 23 | 51989,71 |
| февраль (доп.) |  |  | 3 | 52380,9 |
| март | 1196 | 12536156,01 | 374 | 2040706,22 |
| март (доп.) | 4 | 39351,28 | 3 | 17681 |
| март (доп.) | 2 | 4086,43 | 28 | 62147,18 |
| апрель | 1218 | 108768,83 | 379 | 2034192 |
| апрель (доп.) | 4 | 3472,64 | 16 | 12563,24 |
| апрель (доп.) |  |  | 30 | 72122,02 |
| апрель (доп.) |  |  | 2 | 14504 |
| май | 1082 | 6005019,14 | 353 | 1859924 |
| май (доп.) | 4 | 36500,17 | 10 | 22851,8 |
| май (доп.) | 7 | 219209,56 | 1 | 7400 |
| май (доп.) | 6 | 180326,71 |  |  |
| июнь | 971 | 5439931,69 | 338 | 202027 |
| июнь (доп.) | 2 | 4374 | 15 | 34463,25 |
| июль | 927 | 5439931,69 | 2 | 13648 |
| июль (доп.) | 1 | 5164 | 8 | 31091,23 |
| июль | 3 | 14864 | 22 | 54725,1 |
| июль |  |  | 59 | 1489869 |
| август (доп.) | 2 | 24314 | 1 | 9446 |
| август | 901 | 12990992,65 | 296 | 1606102 |
| авнуст (доп.) |  |  | 17 | 41756,01 |
| сентябрь | 319 | 1818819,19 | 261 | 1552029 |
| сентябрь (доп.) |  |  | 13 | 32654,34 |
| октябрь | 348 | 2115957,87 | 368 | 2381399 |
| октябрь (доп.) | 1 | 9574 | 10 | 28696,03 |
| ноябрь | 400 | 5961443,05 | 401 | 2590690,8 |
| ноябрь (доп.) |  |  | 20 | 71878,84 |
| декабрь | 365 | 1933046 | 362 | 2247769 |
| декабрь (доп) |  |  | 5 | 21718 |
| декабрь (доп) |  |  | 12 | 58312 |
| Итог | 9804 | 68131585,52 | 4069 | 22173718,19 |

Таблица 3 МУЗ "Городская поликлиника №1"

2006-2007 года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период | Кол-во пролеченных (чел.) 2006 год | К оплате (руб.) 2006 год | Кол-во пролеченных (чел.) 2007 год | К оплате (руб.) 2007 год |
| январь | 15 | 14700,4 | 13 | 23914 |
| февраль | 47 | 47952,18 | 31 | 61798,8 |
| март | 60 | 59522,42 | 36 | 71321,81 |
| апрель | 51 | 52495,98 | 23 | 47964,54 |
| май | 47 | 90545,98 | 28 | 56934,08 |
| июнь | 55 | 56188,88 | 34 | 46548,99 |
| июль | 36 | 69392,26 | 24 | 42207,29 |
| август | 31 | 127268,5 | 26 | 44175,9 |
| сентябрь | 23 | 42136,06 | 35 | 64581,91 |
| октябрь | 38 | 731269 | 29 | 57301,09 |
| ноябрь | 31 | 60524,93 | 39 | 68428,73 |
| декабрь | 48 | 84899,94 | 47 | 94352,25 |
| Итог | 482 | 1436896,53 | 365 | 679529,39 |

Таблица 4 МУЗ "Городская поликлиника №2"

2006-2007 года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период | Кол-во пролеченных (чел.) 2006 год | К оплате (руб.) 2006 год | Кол-во пролеченных (чел.) 2007 год | К оплате (руб.) 2007 год |
| январь | 51 | 48932,17 | 28 | 51479,65 |
| февраль | 84 | 88104,35 | 54 | 105223,1 |
| март | 89 | 87206,66 | 61 | 115175 |
| апрель | 104 | 102274,74 | 67 | 139184,31 |
| май | 71 | 302852,07 | 54 | 103279,08 |
| июнь | 91 | 169350,03 | 45 | 93378,16 |
| июнь (доп.) | 1 | 2578,48 |  |  |
| июнь (доп.) | 1 | 1469,24 |  |  |
| июль | 95 | 171696,3 | 36 | 67973,63 |
| август | 93 | 164378,45 | 43 | 79245,8 |
| сентябрь | 100 | 176910,46 | 40 | 79315,91 |
| сентябрь (доп.) | 1 | 1560,28 |  |  |
| октябрь | 107 | 190384,43 | 59 | 123516,5 |
| октябрь (доп.) | 3 | 5412,29 | 1 | 1771,94 |
| ноябрь | 72 | 147432,64 | 62 | 130255,73 |
| декабрь | 78 | 146768,52 | 49 | 108,172,29 |
| Итог | 1041 | 1807311,11 | 599 | 1089798,81 |

Таблица 5 МУЗ "Городская поликлиника №2"

2006-2007 года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период | Кол-во пролеченных (чел.) 2006 год | К оплате (руб.) 2006 год | Кол-во пролеченных (чел.) 2007 год | К оплате (руб.) 2007 год |
| январь | 11 | 9818,82 | 12 | 24219,6 |
| февраль | 20 | 19254,21 | 18 | 38093,49 |
| февраль (доп.) | 2 | 1719,6 |  |  |
| март | 30 | 30662,23 | 25 | 50050,97 |
| март (доп.) | 1 | 790,3 |  |  |
| апрель | 52 | 54126,23 | 25 | 49904,66 |
| май | 28 | 52448 | 20 | 39530,7 |
| июнь | 33 | 60963 | 26 | 50196,24 |
| июнь (доп.) | 1 | 1598 |  |  |
| июль | 35 | 60437,2 | 10 | 20664,82 |
| август | 37 | 148468,29 | 11 | 21957,45 |
| сентябрь | 31 | 126104,85 | 18 | 38515,83 |
| июль (доп.) | 1 | 2005,89 |  |  |
| октябрь | 21 | 39652,79 | 23 | 48332,8 |
| ноябрь | 22 | 42581,38 | 16 | 32919 |
| декабрь | 33 | 63462,12 | 19 | 42293,86 |
| Итог | 358 | 714092,91 | 223 | 456679,42 |

Таблица 5 МУЗ "Детская городская больница"

2006-2007 года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период | Кол-во пролеченных (чел.) 2006 год | К оплате (руб.) 2006 год | Кол-во пролеченных (чел.) 2007 год | К оплате (руб.) 2007 год |
| январь | 230 | 242136,14 |  |  |
| февраль | 310 | 365178,89 |  |  |
| март | 352 | 464727,32 |  |  |
| февраль (доп.) | 1 | 1048,92 |  |  |
| март (доп.) | 1 | 1033,51 |  |  |
| апрель | 352 | 442604,65 |  |  |
| май | 381 | 1756689,99 |  |  |
| июнь | 359 | 1316262,74 |  |  |
| май (доп.) | 1 | 314,62 |  |  |
| июль | 206 | 1097105,11 |  |  |
| Итог | 2193 | 5687101,89 | 0 | 0 |

1. Закон РФ от 29 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями). М., 1999. [↑](#footnote-ref-1)
2. Невинная И. Кто заплатит за бесплатного пациента. // Российская Газета 2004. 15 января. [↑](#footnote-ref-2)
3. Статья 2. Закон РФ от 29 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями). М., 1999. [↑](#footnote-ref-3)
4. Гвозденко А.А. Основы страхования: Учебник. –М.:Финансы и статистика, 2003. [↑](#footnote-ref-4)
5. Типовые правила Обязательного Медицинского Страхования граждан. (В ред. приказов ФФОМС от 24.11.2004 № 74, от 10.05.2006 № 55, от 21.03.2007 № 56) [↑](#footnote-ref-5)
6. # В.А. Полыга. Реализация права наемных работников на обязательное медицинское страхование. Консультант

   [↑](#footnote-ref-6)
7. Габова А.А., Козлова Н.Е. Комментарий к Закону Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в российской федерации" (постатейный). Консультант [↑](#footnote-ref-7)
8. Лушникова М.В. От советской системы к современным новациям. Актуальные вопросы развития обязательного социального страхования в Российской Федерации и его законодательное обеспечение. // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. № 5 2004. [↑](#footnote-ref-8)
9. Захаров М.Л., Тучкова Э.Г. Право социального обеспечения России: Учебник. М.: Волтерс Клувер, 2004. [↑](#footnote-ref-9)
10. Закон РФ от 29 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями). М., 1999. [↑](#footnote-ref-10)
11. Финансы государственных и муниципальных социальных услуг РФ. Учебник. М., 2006. [↑](#footnote-ref-11)
12. Типовые правила Обязательного Медицинского Страхования граждан. (В ред. приказов ФФОМС от 24.11.2004 № 74, от 10.05.2006 № 55, от 21.03.2007 № 56) [↑](#footnote-ref-12)
13. Закон РФ от 29 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями) [↑](#footnote-ref-13)
14. «О работе медицинских учреждений в системе Обязательного Медицинского Страхования». Письмо № 4468/30-4/и от 19 августа 2008г. Фонд Обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-14)
15. Герасименко Н.Ф., Григорьев И.Ю. Обязательное медицинское страхование: что нужно знать медицинскому работнику. М., 2003. [↑](#footnote-ref-15)
16. Типовые правила Обязательного Медицинского Страхования граждан. (В ред. приказов ФФОМС от 24.11.2004 № 74, от 10.05.2006 № 55, от 21.03.2007 № 56 [↑](#footnote-ref-16)
17. Захаров М.Л., Тучкова Э.Г. Право социального обеспечения России: Учебник. М.: Волтерс Клувер, 2004. [↑](#footnote-ref-17)
18. Гвозденко А.А. Основы страхования: Учебник. –М.: Финансы и статистика, 2003. [↑](#footnote-ref-18)
19. # Романова М.В. Основы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. //Налоги и сборы. №6, 2005.

    [↑](#footnote-ref-19)
20. Габова А.А., Козлова Н.Е. Комментарий к Закону Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в российской федерации" (постатейный). Консультант [↑](#footnote-ref-20)
21. Программа государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи на 2008 год. [↑](#footnote-ref-21)
22. Романова М.В. Основы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. //Налоги и сборы. №6, 2005 [↑](#footnote-ref-22)
23. Шахов В.В. Страхование: Учебник для вузов.- М.:, 2003 [↑](#footnote-ref-23)