

*Из решения Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 8 декабря 2016 года № 65К (1140) «О результатах экспертно-аналитического мероприятия «Оценка эффективности деятельности страховых медицинских организаций как участников обязательного медицинского страхования в 2014-2015 годах и истекшем периоде 2016 года»:*

*Утвердить отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия.*

*Направить информационные письма Заместителю Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, в Министерство финансов Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Центральный банк Российской Федерации, Федеральную службу государственной статистики.*

*Направить отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия в Совет Федерации и Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.*

## **ОТЧЕТ**

### **о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Оценка эффективности деятельности страховых медицинских организаций как участников обязательного медицинского страхования в 2014-2015 годах и истекшем периоде 2016 года»**

**Основание для проведения мероприятия:** пункт 3.11.2 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2016 год.

#### **Предмет экспертно-аналитического мероприятия**

1. Оценка деятельности страховых медицинских организаций и осуществления страховыми медицинскими организациями отдельных полномочий страховщика в системе обязательного медицинского страхования.

2. Анализ официальных статистических данных, подтверждающих выделение страховым медицинским организациям средств обязательного медицинского страхования и их расходование страховыми медицинскими организациями (включая средства на ведение дел страховых медицинских организаций) в 2014-2015 годах и истекшем периоде 2016 года.

#### **Объекты экспертно-аналитического мероприятия**

Министерство здравоохранения Российской Федерации (по запросам);  
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (по запросам);  
Центральный банк Российской Федерации (Банк России) (г. Москва) (по за-

просам); страховые медицинские организации (далее - СМО), участвующие в обязательном медицинском страховании (далее - ОМС) (по запросам).

**Срок проведения мероприятия:** февраль-декабрь 2016 года.

### **Цели экспертно-аналитического мероприятия**

1. Проанализировать достаточность нормативного правового регулирования порядка осуществления страховыми медицинскими организациями отдельных полномочий страховщика в системе обязательного медицинского страхования.

2. Оценить формирование целевых и собственных средств страховых медицинских организаций, провести анализ расходования средств обязательного медицинского страхования, направляемых в страховые медицинские организации территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

3. Оценить полноту и эффективность исполнения страховыми медицинскими организациями своих обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Исследуемый период деятельности:** 2014-2015 год и истекший период 2016 года.

### **Результаты экспертно-аналитического мероприятия**

Деятельность страховых медицинских организаций регламентирована Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ) и согласно статье 9 данного закона СМО являются участниками системы ОМС.

СМО осуществляют свою деятельность в сфере ОМС на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенного с территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС, территориальный фонд ОМС), договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного с медицинской организацией.

В соответствии с положениями указанных договоров к обязанностям СМО относятся:

- оформление, переоформление, выдача полиса ОМС;
- ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифици-

рованного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

- направление целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

- сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами ОМС и участниками ОМС в соответствии с настоящим Федеральным законом;

- информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц;

- осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

- осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

В целях проведения экспертно-аналитического мероприятия была запрошена информация у всех СМО, осуществляющих свою деятельность в 2016 году, а также использовались официально опубликованные данные Росстата.

В соответствии с представленными Банком России (письмо от 29 июля 2016 года № 06-52-3/6015) данными на 1 января 2016 года в Российской Федерации функционировали 58 СМО, осуществляющих обязательное медицинское страхование, на 1 июля 2016 года - 56 медицинских организаций, на момент окончания экспертно-аналитического мероприятия - 52 организации:

- у ООО «СК «Интермедсервис-Сибирь» отозвана лицензия;
- ООО «Крымская СМК» реорганизовано путем присоединения к ООО «Арсенал медицинское страхование»;
- ООО «СК «Каско-Медицинское Страхование» и ООО СМК «Новолипецкая» реорганизованы путем присоединения к АО ВТБ Медицинское страхование;
- АО «СК «Медика-Томск» реорганизовано путем присоединения к АО «СК «СОГАЗ-Мед»;
- ЗАО «Капитал Медицинское страхование» реорганизовано путем присоединения ООО «Росгосстрах-Медицина».

Наибольшее количество СМО (11 из 56 действующих) являются участниками обязательного медицинского страхования в двух субъектах Российской Федерации (Москва и Московская область), 10 СМО - в Республике Башкортостан и Самарской области.

При этом в 26 субъектах Российской Федерации работают только 2 СМО, а по одной СМО - в Карачаево-Черкесской Республике (ЗАО «МАКС-М»), в Чукотском автономном округе (АО «СК «СОГАЗ-Мед»), в г. Байконур (ОАО «РОСНО-МС»), в Чеченской Республике (ЗАО «МАКС-М»), что может свидетельствовать о том, что население данных субъектов Российской Федерации не может реализовать свое право на выбор СМО, закрепленное за ним статьей 16 Федерального закона № 326-ФЗ.

В соответствии с пунктом 3 статьи 25 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1999 года № 4015-1 (в редакции от 3 июля 2016 года) «Об организации страхового дела в Российской Федерации», начиная с 1 января 2017 года, минимальный размер уставного капитала страховщика определяется на основе базового размера его уставного капитала, равного 120 млн. рублей (до 1 января 2017 года - 60 млн. рублей). Необходимо отметить, что из 56 действующих СМО на 1 ноября 2016 года уставной капитал в размере менее 120,0 млн. рублей был установлен в 34 страховых медицинских организациях, на 1 декабря 2016 года - в 8 страховых медицинских организациях. К данным 8 СМО прикреплены 9,4 млн. застрахованных лиц, или 6,4 % от общего количества застрахованных лиц.

Таким образом, в соответствии со статьей 32<sup>6</sup> Закона Российской Федерации от 27 ноября 1999 года № 4015-1 (в редакции от 3 июля 2016 года) «Об организации страхового дела в Российской Федерации» существует риск приостановления действия лицензий, данных 8 СМО (ЗАО «СМК «Милосердие и благополучие», ЗАО СК «Согласие-М», ЗАО «Капитал Медицинское страхование», ООО «МСК «МАКСИМУС», ООО СК «Башкорто-

стан Медицина», ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед», АО «СК «Медика-Томск», ООО СМО «Восточно-Страховой Альянс»), что не позволит им в 2017 году заключить с территориальными фондами обязательного медицинского страхования договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и может отрицательно сказаться на осуществлении обязательного медицинского страхования и оплате медицинской помощи в отношении 9,4 млн. застрахованных лиц.

В этом случае не будет обеспечено 100-процентное покрытие застрахованных лиц СМО в 11 субъектах Российской Федерации: Московской, Самарской, Новосибирской, Кемеровской, Томской областях, республиках Дагестан, Башкортостан, Хакасия, Приморском и Красноярском краях и г. Москве.

При этом ФОМС на момент проведения мероприятия не обладал информацией о числе СМО, имеющих уставной капитал в размере 120,0 млн. рублей и более, и какие меры приняли территориальные фонды обязательного медицинского страхования для перестрахования лиц, застрахованных в указанных выше 8 СМО, что подтверждено его письмом от 30 ноября 2016 года № 11520/30-2/5296.

**Цель 1. Проанализировать достаточность нормативного правового регулирования порядка осуществления страховыми медицинскими организациями отдельных полномочий страховщика в системе обязательного медицинского страхования**

Необходимо отметить, что обязательные требования к внутренним нормативным документам СМО в законодательстве Российской Федерации не установлены. При этом проведенный анализ представленных внутренних нормативных документов СМО, определяющих порядок защиты страховой медицинской организацией прав застрахованных лиц в системе ОМС, показал, что единые подходы к разработке и принятию данных документов Минздравом России и ФОМС не сформированы, отсутствуют методологическая и унифицированная правовая базы в указанной сфере.

Так, по информации, представленной СМО, основанием разработки внутренних нормативных документов, определяющих порядок защиты страховой медицинской организацией прав застрахованных лиц в системе ОМС, являлись следующие нормативные правовые акты и документы:

- Конституция Российской Федерации;
- Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 59-ФЗ);

- Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ;
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;
- приказ ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
- письмо ФОМС от 6 мая 2009 года № 1530/30-3/и «О рекомендациях ФОМС о порядке рассмотрения обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования»;
- программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации;
- законы субъектов Российской Федерации о здравоохранении;
- территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- иные нормативные правовые акты.

При этом в качестве основания для разработки внутренних нормативных документов, определяющих порядок защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС, страховые медицинские организации указывают разные нормативные правовые акты из вышеуказанного перечня.

Вместе с тем значительная часть указанных нормативных правовых актов и документов прямо не распространяются на деятельность СМО, касающуюся защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС.

Например, Федеральным законом № 59-ФЗ регулируются правоотношения, связанные с реализацией гражданином Российской Федерации права на обращение в государственные органы и органы местного самоуправления, а также устанавливается порядок рассмотрения обращений граждан государственными органами, органами местного самоуправления и должностными лицами. Письмо ФОМС от 6 мая 2009 года № 1530/30-3/и

устанавливает примерный порядок рассмотрения обращений граждан территориальными фондами ОМС и его должностными лицами.

Кроме того, отдельные СМО при принятии внутренних документов ссылаются на приказы ФОМС, утратившие силу, что может свидетельствовать о низком уровне правовой квалификации работников СМО и несвоевременной актуализации принятых СМО внутренних документов.

Так, АО «СК «СОГАЗ-Мед» в основании разработки порядка рассмотрения обращений граждан указывает приказ ФОМС от 8 мая 2009 года № 98 «Об утверждении рекомендаций «Об обеспечении информированности граждан о правах при получении медицинской помощи в условиях ОМС», утративший силу в связи с изданием приказа ФОМС от 30 декабря 2011 года № 260, и приказ ФОМС от 6 сентября 2000 года № 73 «Об утверждении методических рекомендаций «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования», утративший силу в связи с изданием приказа ФОМС от 30 декабря 2011 года № 261.

ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ» при принятии положения о порядке рассмотрения обращений граждан ссылались на приказ ФОМС от 11 октября 2002 года № 48 «Об утверждении методических рекомендаций для структурных подразделений по защите прав застрахованных территориальных фондов ОМС (СМО) по подготовке дел, связанных с защитой прав застрахованных, к судебному разбирательству», утративший силу в связи с принятием приказа ФОМС от 30 декабря 2011 года № 260.

В документах 19 СМО (ООО «СМК «Крыммедстрах», Красноярский филиал ООО СК «Капитал-полис Медицина», ООО «Росмедстрах-К», СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО), АО «МСК «Новый Уренгой», ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ», АО «ГСМК «Сахамедстрах», ООО «СМК РЕСО-Мед», ЗАО МСК «Надежда», ЗАО «МАКС-М», ООО «ВСК-Милосердие», АО «Страховая группа «Спасские ворота-М», АО «СК «СОГАЗ-Мед», ООО СК «Ингосстрах-М», ОАО «РОСНО-МС», ЗАО «Капитал Медицинское страхование», ОАО «МАСКИ», ООО «СМО «Симаз-Мед», ООО «Крымская СМК»), определяющих порядок работы с обращениями граждан, не указана возможность проведения целевой медико-экономической экспертизы и/или целевой экспертизы качества медицинской помощи при получении жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации, что не соответствует положениям подпункта «в» пункта 14 и подпункта «а» пункта 25 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помо-

щи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230.

В 12 СМО (ЗАО «СК «Астро-Волга-Мед», СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО), ОАО СМК «Югория-Мед», ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ», ЗАО МСК «Надежда», ГК «Забайкалмедстрах», ООО «СМО «Симаз-Мед», ОАО «МАСКИ», ЗАО «Капитал Медицинское страхование», ООО «АльфаСтрахование-ОМС», ООО «ВСК-Милосердие», ООО СК «Ингосстрах-М») внутренними нормативными документами не установлен порядок контроля за рассмотрением обращений граждан. Внутренними документами некоторых СМО не определены сроки регистрации обращений граждан: ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ», ЗАО МСК «Надежда», ГК «Забайкалмедстрах», ОАО «МАСКИ», ООО СК «Ингосстрах-М».

Регламентом по защите прав застрахованных лиц ООО СК «Ингосстрах-М» не предусмотрена возможность направления обращений граждан по принадлежности в другие организации в случае, если рассмотрение обращения не относится к компетенции данной СМО.

ООО «СМК РЕСО-Мед», ООО «Росмедстрах-К», ООО СМК «УГМК-Медицина» и внутренние документы, касающиеся защиты прав застрахованных лиц, не принимались. По информации, представленной указанными СМО, их деятельность осуществляется на основании принятых на федеральном уровне нормативных правовых актов.

В рамках исполнения рекомендаций Счетной палаты Российской Федерации, сформулированных по итогам контрольного мероприятия «Проверка целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 году и истекшем периоде 2015 года» приказом Минздрава России от 28 июня 2016 года № 423н «О внесении изменений в правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н, и форму типового договора о финансовом обеспечении ОМС, утвержденную приказом Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 года № 1030н» (далее - приказ Минздрава России № 423н) установлен новый порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, которым значительно расширены обязанности СМО.

Так, установлены обязательства СМО:

- по ведению учета информации о количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом планируемой даты освобождения места;

- ежедневного доведения, не позднее 10.00 часов местного времени, вышеуказанной информации до каждой медицинской организации, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

При этом до принятия и вступления в действие приказа Минздрава России № 423н ФОМС, при отсутствии соответствующих полномочий и правовых оснований, издан приказ от 11 мая 2016 года № 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» (далее - приказ ФОМС № 88), учитывающий изменения, которые внесены приказом Минздрава России № 423н. При этом данный приказ ФОМС на государственную регистрацию в Минюст России не направлялся.

Кроме того, ФОМС издан приказ от 24 декабря 2015 года № 271 «О создании контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - приказ ФОМС № 271), также не зарегистрированный Минюстом России.

Поскольку приказы ФОМС № 88 и № 271 не зарегистрированы Минюстом России, они не носят нормативного характера и не являются документами, подлежащими обязательному исполнению.

Из 56 запрошенных страховых медицинских организаций 7 СМО представили внутренние документы, учитывающие новые принципы работы по организации защиты прав застрахованных. При этом 6 из 7 указанных СМО при разработке и принятии своих актов руководствовались приказами ФОМС № 271 и № 88, и только одной страховой медицинской организацией - ООО МСК «Медика-Восток» - принято положение о защите прав застрахованных в ООО МСК «Медика-Восток» в соответствии с приказом Минздрава России № 423н.

При этом из 56 запрошенных СМО 49 организаций (87,5 %) указали, что осуществляют деятельность, связанную с защитой прав застрахованных на основании приказов ФОМС № 271 и № 88, вместе с тем изменения во внутренние нормативные документы в связи с принятием данных приказов не вносились, что может отрицательно отразиться на их деятельности.

Приказом Минздрава России № 423н введена организация работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (далее - страховые представители).

Так, в соответствии с пунктом 199 правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28 февраля

2011 года № 158н (в редакции приказа Минздрава России № 423н), СМО осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивают информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям и путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (страховые представители):

- о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;
- о праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;
- о порядке получения полиса;
- о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;
- о прохождении диспансеризации;
- о прохождении профилактического медицинского осмотра;
- о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании поданных медицинскими организациями в СМО реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);
- о выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

При этом порядок участия страховых представителей в информационном сопровождении застрахованных лиц регламентируется только в отношении информирования застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра (пункт 211 правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28 февраля 2011 года № 158н).

Порядок участия страхового представителя в информационном сопровождении застрахованных лиц по иным вопросам, его полномочия, права и обязанности приказом Минздрава России № 423н не определены. Орган, который наделен полномочиями по изданию правового акта, регламентирующего данные вопросы, также не определен.

Вместе с тем приказом ФОМС № 88, который был издан до приказа Минздрава России № 423н, предусмотрена трехуровневая структура института страховых представителей:

- страховой представитель I уровня - специалист контакт-центра СМО, предоставляющий по устным обращениям граждан информацию по вопросам ОМС справочно-консультационного характера (типовые вопросы);

- страховой представитель II уровня - специалист СМО, деятельность которого направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов застрахованных в сфере ОМС;

- страховой представитель III уровня - специалист-эксперт СМО или эксперт качества медицинской помощи, деятельность которых направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи.

При этом только 4 СМО (ЗАО «МАКС-М», АО «ГСМК «Сахамедстрах», ОАО «МАСКИ», ООО МСО «Панацея») представили внутренние документы, касающиеся деятельности страховых представителей и принятые на основании приказа ФОМС № 88.

Анализ правового статуса страховых представителей, закрепленного в приказе Минздрава России № 423н и приказе ФОМС № 88, показал, что фактически их компетенция сведена к функциям оператора, предоставляющего информацию по установленному кругу вопросов.

ФОМС (письмо от 18 ноября 2016 года № 11008/30-3/5038) представлены сведения ТФОМС о создании и функционировании контакт-центров, а также данные мониторинга численности страховых представителей и деятельности контакт-центров СМО по состоянию на 23 мая 2016 года.

Анализ представленной ТФОМС информации показал, что на указанную дату контакт-центры находились в стадии формирования:

- в Республике Ингушетия отсутствовал единый электронный журнал, не определен режим работы контакт-центра, информация о функционировании контакт-центра на официальных сайтах ТФОМС Республики Ингушетия и СМО не размещена;

- в Мурманской и Челябинской областях не сформулированы сценарии вопросов-ответов для операторов I-го уровня;

- в Еврейской автономной области не сформирован единый электронный журнал;

- в Республике Карелия на официальных сайтах ТФОМС и СМО, а также на информационных стендах медицинских организаций, не размещены данные о функционировании контакт-центров.

Анализ данных мониторинга численности страховых представителей показал существенные расхождения по степени обеспеченности страхо-

выми представителями застрахованных лиц в различных СМО, что свидетельствует об отсутствии обоснованных расчетов нормативной нагрузки на отдельного страхового представителя.

Например, в Еврейской автономной области в филиале «Биробиджанский» ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М» на 17966 застрахованных лиц предусмотрен один страховой представитель I-го уровня. В то же время в филиале ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах-Биробиджан-Медицина» один страховой представитель аналогичного уровня осуществляет сопровождение 117553 застрахованных лиц, что в 6,5 раз больше, чем в филиале «Биробиджанский» ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М».

В Новосибирской области в филиале «Новосибирск-медицина» ОАО «РОСНО-МС» предусмотрено сопровождение одним страховым представителем 19232 застрахованных лиц, ООО «СМО «Симаз-Мед» - 24093 застрахованных лиц, филиалом ООО СК «Ингосстрах-М» в г. Новосибирске - 314327 застрахованных, что в 16,3 раза больше, чем в филиале «Новосибирск-медицина» ОАО «РОСНО-МС», в 13,1 раз больше, чем в ООО «СМО «Симаз-Мед».

В Алтайском филиале ООО «СМК «РЕСО-Мед» на одного страхового представителя приходится 782287 застрахованных лиц, тогда как в филиале «Алтайский» АО «Страховая группа «Спасские ворота-М» - 18354 застрахованных граждан. Соотношение составляет 42,6 к 1.

В Белгородской области в филиале ЗАО «МАКС-М» в г. Белгороде один страховой представитель сопровождает 38876 застрахованных лиц, а в ООО «МСК «ИНКО-МЕД» - 2158 застрахованных граждан (в 18 раз меньше).

Таким образом, отсутствует единое регулирование деятельности СМО в части выполнения их полномочий по защите прав застрахованных лиц, проанализированная нормативная правовая база показывает, что обеспечение защиты прав застрахованных лиц сведено только к их информационному сопровождению. При этом какие-либо иные нормативные правовые акты, которые предусматривают возможность напрямую защищать интересы застрахованных лиц, отсутствуют.

**Цель 2. Оценить формирование целевых и собственных средств страховых медицинских организаций, провести анализ расходования средств обязательного медицинского страхования, направляемых в страховые медицинские организации территориальными фондами обязательного медицинского страхования**

Финансовое обеспечение деятельности СМО осуществляется, в основном, за счет средств ОМС, которые в балансе данных организаций составляют 99 процентов.

Все средства ОМС, поступающие в доход СМО, подразделяются на две части: целевые средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в СМО, и собственные средства, которые остаются в собственности СМО и могут расходоваться на их нужды.

Основой финансового анализа в ходе настоящего экспертно-аналитического мероприятия являлись публичная отчетность (форма № 1 - страховщик «Бухгалтерский баланс страховой организации», форма № 2 - страховщик «Отчет о прибылях и убытках страховой организации») и Методологические рекомендации по проведению анализа финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденные Госкомстатом России от 28 ноября 2002 года.

Необходимо отметить, что в ходе оценки Счетной палатой не использовались данные формы № 10 (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями», собираемой ФОМС, в связи с тем, что отраженные в указанной форме сведения не соответствуют аналогичным сведениям формы федерального статистического наблюдения № 6-омс «Отчет страховых медицинских организаций о целевом использовании средств обязательного медицинского страхования» (далее - форма № 6-омс).

Так, по данным формы № 10 (ОМС) за 2015 год из территориальных фондов в бюджеты СМО поступило 1383,9 млн. рублей целевых средств на финансовое обеспечение ОМС в соответствии с договорами о финансовом обеспечении ОМС, а по данным формы № 6-омс - 1463,5 млн. рублей.

### **2.1. Анализ поступления и расходования страховыми медицинскими организациями целевых средств**

Оценка общего объема поступления и расходования целевых средств, по данным Росстата, представлена в таблице:

(млн. руб.)

	2014 г.	2015 г.	Январь-июнь 2016 г.
Всего поступило целевых средств от ТФОМС на финансовое обеспечение ОМС в соответствии с договорами о финансовом обеспечении ОМС	1291923,2	1463507,0	689879,1
Использовано целевых средств на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями	1300988,5	1454960,2	719577,1
Процент от объема поступивших целевых средств, %	100,7	99,4	104,3
Из общего объема целевых средств направлено в доход страховой медицинской организации	4198,4	4452,0	1415,5

Необходимо отметить, что в 2014 году СМО расходовали целевые средства в объеме, превышающем поступления текущего года от ТФОМС за счет остатков целевых средств предыдущих лет и взаиморасчетов с медицинскими организациями по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, однако в 2015 году СМО не было использовано на оплату медицинской помощи 8546,8 млн. рублей целевых средств, поступивших из ТФОМС. Часть этих средств в размере 4452,0 млн. рублей была направлена в доход СМО, остальные - возвращены в ТФОМС.

Необходимо отметить, что в соответствии с частью 1 статьи 41 Федерального закона № 326-ФЗ особенностью финансовой деятельности СМО является факт возврата из медицинских организаций в бюджет СМО целевых средств в результате применения к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Часть из них в объеме, установленном частью 4 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ (в 2015 году - 6,2 %), в дальнейшем идет на оплату медицинской помощи, оставшаяся сумма направляется в качестве собственных средств в доход СМО.

Необходимо отметить, что объем возвращенных медицинскими организациями средств ежегодно возрастал. Если в 2014 году они составляли 64916,3 млн. рублей, то в 2015 году уже 71783,3 млн. рублей, что может свидетельствовать как о недостаточном качестве деятельности медицинских организаций, так и об увеличении числа проведенных медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи. В то же время за I полугодие 2016 года объем возврата целевых средств уменьшился и составил 24441,8 млн. рублей, что на 11632,6 млн. рублей меньше, чем за аналогичный период 2015 года (36074,4 млн. рублей).

При этом необходимо отметить, что 53,1 % указанных средств было возвращено из медицинских организаций в связи с выявлением нарушений при выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками оказания и/или стандартами медицинской помощи. При этом, как неоднократно отмечала Счетная палата Российской Федерации, стандарты медицинской помощи отсутствуют на половину всех заболеваний и состояний, обеспечивающих причины оказания пациентам медицинской помощи.

Правительством Российской Федерации Минздраву России были даны поручения по разработке и утверждению стандартов медицинской помощи. Однако за период с 1 июля 2014 года по 28 октября 2016 года Мин-

здоровом России к имеющимся 794 приказам Минздрава России были дополнительно приняты только 48 приказов, утверждающих стандарты медицинской помощи. Так, отсутствуют стандарты медицинской помощи по таким распространенным заболеваниям, как астма, аппендицит, кишечная непроходимость и ряду других.

В данной связи не ясно, каким образом выявляются и устанавливаются нарушения в отношении заболеваний, не охваченных стандартами медицинской помощи.

Кроме того, в состав целевых средств входят средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

В 2014 году объем указанных средств составлял 14,0 млн. рублей, в 2015 году - 17,2 млн. рублей. За I полугодие 2016 года СМО получено 10,1 млн. рублей, что на 2,1 млн. рублей больше, чем за аналогичный период 2015 года (8,0 млн. рублей), что может свидетельствовать о дальнейшем увеличении объема данных средств.

Иные источники получения целевых средств отсутствуют.

На начало 2015 года положительный остаток целевых средств в размере 44643,18 млн. рублей отражен у 30 СМО, отрицательный в размере 1636,544 млн. рублей - у 7 СМО, который в общей сумме составил 43006,6 млн. рублей. При этом на начало 2016 года положительный остаток целевых средств, в размере 72975,92 млн. рублей, отражен по 36 СМО, отрицательный в размере 1198,77 млн. рублей - по 6 СМО, что в общей сумме составило 71777,2 млн. рублей. Рост остатков целевых средств на счетах СМО требует дополнительного анализа со стороны ФОМС.

При этом ни инструкция о порядке составления и представления бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков, утвержденная приказом Минфина России от 27 июля 2012 года № 109н «О бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков», ни иные нормативные правовые акты законодательства Российской Федерации о бухгалтерском учете не указывают на возможность или невозможность наличия дебетового остатка (минусового остатка) на начало или на конец отчетного периода.

Как видно из представленных СМО данных, остаток целевых средств на конец отчетного периода с 2014 года по 2016 год вырос в 2,5 раза.

При этом сравнение отчетных бухгалтерских форм таких СМО, как ООО СМК «УГМК-Медицина», АО «ГМСК «Заполярье», ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед», АО «ГМСК «Сахамедстрах», показало, что при отражении в форме статистического наблюдения № 6-омс остатка целевых

средств на конец отчетного периода 2014 года на начало отчетного периода 2015 года данные остатки не отражены. Таким образом, остатки целевых средств на начало 2015 года не совпадают с остатками на конец 2014 года, аналогичная ситуация в 2016 году - остаток на начало 2016 года не совпадает с остатком на конец 2015 года, что является нарушением пункта 33 положения по бухгалтерскому учету «Бухгалтерская отчетность организации» (ПБУ 4/99), утвержденного приказом Минфина России от 6 июля 1999 года № 43н, согласно которому данные бухгалтерской отчетности на начало отчетного периода должны быть сопоставимы с данными за период, предшествующий отчетному.

Необходимо отметить, что в нарушение пункта 67 раздела VII «Особенности формирования показателей отчета страховой медицинской организации о целевом использовании средств обязательного медицинского страхования (форма N 6-омс)» инструкции о порядке составления и представления бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков, утвержденной приказом Минфина России № 109н «О бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков», которым предусмотрено, что авансы, выданные медицинским организациям на предстоящую оплату медицинской помощи, не рассматриваются в качестве использованных целевых средств и включаются в остаток целевых средств на конец отчетного периода (отчетного года), а также расшифровываются в качестве отдельного показателя в разделе «Справочно», в 2014 году 17 СМО (ООО «АльфаСтрахование-ОМС», ЗАО «Капитал Медицинское страхование», АО «СК «СОГАЗ-Мед», ООО СК «Ингосстрах-М», ООО «ВСК-Милосердие», ООО «МСК «МАКСИМУС», АО «СК «Медика-Томск», ООО «МСК «ИНКО-МЕД», ОАО СМК «Югория-Мед», ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед», ООО «Росмедстрах-К», ОАО «Городская СМК», ООО СК «Капитал-полис Медицина», ООО «Муниципальная СК г. Краснодара - Медицина», ООО «СК «АК БАРС-Мед», ООО СК «Альянс-Мед», ООО МСК «Медика-Восток») отразили выданные медицинским организациям авансы как использованные целевые средства, справочно расшифровав их как авансы, выданные медицинским организациям на предстоящую оплату медицинской помощи. В 2015 году данное нарушение допустили 15 СМО (ООО «АльфаСтрахование-ОМС», ЗАО «Капитал Медицинское страхование», АО «СК «СОГАЗ-Мед», ООО «Росгосстрах-Медицина», ООО «Арсенал медицинское страхование», ООО «МСК «МАКСИМУС», ООО «СК «ДАЛЬ-РОСМЕД», ОАО СМК «Югория-Мед», ООО «МСК «ИНКО-МЕД», ОАО «Городская СМК», ООО СК «Капитал-полис Меди-

цина», ООО «Муниципальная СК г. Краснодара - Медицина», ООО «СК «АК БАРС-Мед», ООО МСК «Медика-Восток», ЗАО МСК «Надежда»).

Таким образом, в нарушение пункта 2 инструкции о порядке составления и представления бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков, утвержденной приказом Минфина России от 27 июля 2012 года № 109н «О бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков», которым предусмотрено требование о том, что бухгалтерская (финансовая) отчетность страховщика должна давать достоверное представление о его финансовом положении на отчетную дату, финансовом результате его деятельности и движении денежных средств за отчетный период, необходимое пользователям этой отчетности для принятия экономических решений, сведения о финансовом положении указанных СМО на отчетную дату недостоверны.

Авансы, выданные медицинским организациям на оплату медицинской помощи (сумма дебиторской задолженности медицинских организаций на конец отчетного периода), на конец 2014 года составляли 40544,5 млн. рублей, на конец 2015 года - 72820,0 млн. рублей, что на 79,6 % больше, чем в 2014 году, за I полугодие 2016 года - 45665,0 млн. рублей.

Необходимо отметить, что возврат целевых средств источнику финансирования страховыми медицинскими организациями в соответствии с формой № 6-омс в 2014 году составил 35950,5 млн. рублей, в 2015 году - 48698,6 млн. рублей, что составляет 3,2 % от средств, поступивших в 2015 году (1498664969,0 тыс. рублей), за I полугодие 2016 года - 25592143,0 тыс. рублей.

При проведении анализа перечисления ТФОМС страховым медицинским организациям средств нормированного страхового запаса (далее - НСЗ) установлено, что основными причинами перечисления дополнительных объемов средств из НСЗ были:

- превышение установленного для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и изменением их структуры по полу и возрасту;
- изменение порядка финансирования по амбулаторно-поликлинической помощи по ряду медицинских организаций, а также увеличение заболеваемости, носящей сезонный характер;
- недостаток средств ОМС на счетах страховых медицинских организаций для окончательного расчета с медицинскими организациями;
- рост по сравнению с планируемыми объемами обращений по заболеванию, посещений с профилактической и иными целями, посещений по

неотложной медицинской помощи, дополнительных исследований, сеансов гемодиализа, госпитализаций в дневном стационаре, количества вызовов скорой медицинской помощи.

Всего за 2015 год объем таких средств составил 49594,7 млн. рублей, или 3,4 % общего объема средств ОМС, перечисленных ТФОМС страховым медицинским организациям, что в соответствии с частью 6<sup>4</sup> статьи 26 Федерального закона № 326-ФЗ не превышает среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориальных фондов ОМС на очередной год.

## **2.2. Анализ формирования и расходования собственных средств страховых медицинских организаций**

Финансовое состояние СМО по итогам 2015 года в сравнении с 2014 годом характеризуется ростом общей стоимости активов СМО, включая денежные средства, на 28550,8 млн. рублей (с 71504,1 млн. рублей до 100055,0 млн. рублей), увеличением стоимости внеоборотных активов на 679,0 млн. рублей (с 8717,1 млн. рублей до 9396,1 млн. рублей), увеличением стоимости оборотных средств на 28361,3 млн. рублей (с 69602,9 млн. рублей до 97964,2 млн. рублей) и уменьшением суммы свободных денежных средств на 1941,9 млн. рублей (с 15011,7 млн. рублей до 13069,8 млн. рублей).

Наибольший рост отмечается по доходным вложениям в материальные ценности +15,9 % (+32,9 млн. рублей), финансовым вложениям (за исключением денежных эквивалентов) +8 % (+515,8 млн. рублей), увеличению резервного капитала +22,9 % (+30,4 млн. рублей) и основных средств +10,2 % (+191,9 млн. рублей).

Таким образом, анализ показал, что СМО в 2015 году осуществили вложение части свободных денежных средств в собственные нефинансовые активы, включая имущество.

В 2015 году по сравнению с 2014 годом отмечался рост собственных средств СМО на 16,3 процента.

С 2016 года согласно части 4 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ источниками формирования собственных средств СМО в сфере ОМС являются:

- средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;
- 15 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи (ранее - 30 процентов);

- 15 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы (ранее - 30 процентов);

- 25 % сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (ранее - 50 процентов);

- 10 % средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов;

- средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 Федерального закона № 326-ФЗ, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

В соответствии с частью 18 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ территориальный фонд предоставляет СМО средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении ОМС, в размере не менее 1 % и не более 2 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам. Норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию устанавливается законом о бюджете территориального фонда в едином размере для всех страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

В соответствии с законами о бюджете ТФОМС на 2016 год средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в размере 1 % установлены в 63 субъектах Российской Федерации, от 1,01 % до 1,15 % - в 12 субъектах Российской Федерации, от 1,22 % до 1,3 % - в 9 субъектах Российской Федерации (Костромская, Архангельская, Ростовская, Омская области, республики Крым, Саха (Якутия), Приморский край, г. Москва и г. Санкт-Петербург). Наибольший процент средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, установлен в бюджете ТФОМС Новгородской области на 2016 год, утвержденном областным законом Новгородской области от 28 декабря 2015 года № 897-ОЗ. В соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвер-

жденной постановлением правительства Новгородской области от 19 февраля 2016 года № 56, выделено 79,5 млн. рублей.

Так, статьей 6 закона Свердловской области от 3 декабря 2015 года № 139-ОЗ «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2016 год» (далее - закон № 139-ОЗ) норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию для СМО установлен в размере 1 % от суммы средств, поступивших в СМО по дифференцированным подушевым нормативам финансового обеспечения обязательного медицинского страхования.

Однако в нарушение части 18 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ и статьи 6 закона № 139-ОЗ в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от 26 декабря 2011 года № 7 (действующем в 2016 году на основании дополнительного соглашения № 18 от 11 января 2016 года) ООО СМК «Урал-Рецепт М» норматив расходов на ведение дела установлен в размере 1,8 %, что значительно выше процента, установленного законом № 139-ОЗ.

При этом не выявлена прямая связь между высокими нормативами расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию и численностью сотрудников СМО. Так, по Свердловской области в договорах о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования ООО «МСК «ИНКО-МЕД» установлен процент на ведение дела в размере 1 %, а в аналогичных договорах ООО СМК «Урал-Рецепт М» - 1,8 %. В соответствии с федеральной статистической формой № 1-СК «Сведения о деятельности страховщика», среднесписочная численность работников ООО «МСК «ИНКО-МЕД» составляет 138 человек, фактическая численность работников - 159 человек, в ООО СМК «Урал-Рецепт М» - среднесписочная численность работников составляет 43 человека, фактическая - 58 человек.

В договорах ООО «СМК «Крыммедстрах» процент на ведение дел на 2016 год в отношении ОМС застрахованных лиц в Республике Крым составляет 1,3 %, а в части ОМС застрахованного населения г. Севастополя - 1 %. При этом в соответствии с федеральной формой статистического наблюдения № П-4 «Сведения о численности и заработной плате работников» среднесписочная численность работников Крымского филиала ООО «СМК «Крыммедстрах» составляет 65 человек, в то время как в Севастопольском филиале ООО «СМК «Крыммедстрах» среднесписочная численность работников составляет 12 человек.

В 2015 году в составе субвенций, перечисленных ФОМС территориальным фондам ОМС, средства на содержание территориальных фондов ОМС и ведение дел по ОМС составили 42,5 млрд. рублей (3,0 %). При этом большинство обязательств СМО дублируют обязательства территориальных фондов ОМС в части организации ОМС, установленные Федеральным законом № 326-ФЗ, о чем более подробно отражено в разделе 3 настоящего отчета.

В соответствии с данными формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» на 2015 год на ведение дел по ОМС было направлено 25,4 млрд. рублей.

В 2016 году уменьшена доля средств субвенции, направляемая на ведение дел по ОМС самими территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями до 38 млрд. рублей (2,5 % от общего объема субвенций). Однако в дальнейшем в связи с увеличением субвенций, предоставляемых из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, средства, направляемые на ведение дел, в 2017 году будут на уровне 2016 года, а в 2018 году увеличатся до 41,2 млрд. рублей, в 2019 году - до 43,4 млрд. рублей.

При этом в 2014 году 19 страховых медицинских организаций израсходовали средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС, больше, чем им поступило, за счет использования собственных средств, полученных от применения к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. В 2015 году аналогичная ситуация установлена по 13 страховым медицинским организациям, что требует дополнительного анализа со стороны ФОМС.

(млн. руб.)

Наименование СМО	Средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС					
	2014 г.			2015 г.		
	поступления (доходы) в виде средств, предназначенных на расходы на ведение дела по ОМС	расходы на ведение дела по ОМС	разница	поступления (доходы) в виде средств, предназначенных на расходы на ведение дела по ОМС	расходы на ведение дела по ОМС	разница
ООО СМО «Восточно-Страховой Альянс»	-	-	-	210,14	217,85	7,71
ЗАО «СМК «Милосердие и благополучие»	7,98	8,16	0,18	8,83	9,57	0,74

Наименование СМО	Средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС					
	2014 г.			2015 г.		
	поступления (доходы) в виде средств, предназна- ченных на расходы на ведение дела по ОМС	расходы на веде- ние дела по ОМС	разница	поступления (доходы) в виде средств, предназна- ченных на расходы на ведение дела по ОМС	расходы на веде- ние дела по ОМС	разница
АО ВТБ Медицинское страхование	478,68	496,94	18,26	535,09	568,65	33,57
АО «Страховая группа «Спасские ворота-М»	417,48	509,99	92,51	427,69	512,09	84,40
ООО «ВСК-Милосердие»	7,30	7,45	0,16	6,07	9,23	3,16
ООО СК «Капитал-полис Медицина»	41,52	50,81	9,29	50,83	54,81	3,98
ООО МСО «Панацея»	92,09	97,05	4,96	96,12	96,90	0,79
ООО «СМО «Спасение»	42,50	62,21	19,71	49,19	61,31	12,12
ООО «СК «АК БАРС-Мед»	236,61	264,50	27,89	249,23	263,98	14,75
ООО СМО «Чулпан-Мед»	18,30	20,90	2,60	20,51	23,62	3,11
АО «СК «Чувашия-Мед»	75,89	78,65	2,77	19,07	19,61	0,55
АО «Чувашская медицинская СК»	17,63	20,03	2,40	5,67	6,50	0,83
ООО СК «Альянс-Мед»	5,54	6,54	1,00	314,67	374,05	59,38
ООО «Росмедстрах-К»	27,40	33,12	5,72	-	-	-
ОАО «РОСНО-МС»	1691,30	2051,15	359,85	-	-	-
ООО «Муниципальная СК г. Краснодара - Медицина»	27,72	30,33	2,61	-	-	-
СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО)	298,61	310,56	11,95	-	-	-
ООО СМК «УГМК-Медицина»	48,63	50,72	2,09	-	-	-
ООО «СК «ДАЛЬ-РОСМЕД»	167,21	176,10	8,89	-	-	-
ООО «СМК «Крыммедстрах»	-	41,47	41,47	-	-	-

Прочие доходы СМО в 2014 году составили 19895,9 млн. рублей, в 2015 году - 39941,4 млн. рублей, которые сложились, в том числе, за счет иных источников поступления собственных средств и средств, полученных в результате инвестиций.

Как указано выше, общий объем собственных средств, полученных в виде процентов от санкций за невыполнение (ненадлежащее выполнение) условий договора о финансовом обеспечении ОМС, составил в 2014 году 4198,4 млн. рублей, в 2015 году - 4425,0 млн. рублей, за I полугодие 2016 года - 1415,5 млн. рублей.

Вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС, в 2014 году составляли 111,8 млн. руб-

лей, в 2015 году - 376,3 млн. рублей, что в 3,4 раза больше, чем в 2014 году, за I полугодие 2016 года - 8,6 млн. рублей.

Поступления (доходы) в виде средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для СМО годового объема средств, в 2014 году составляли 444,4 млн. рублей, в 2015 году - 204,7 млн. рублей, что в 2,2 раза меньше чем в 2014 году, за I полугодие 2016 года - 173,7 млн. рублей.

Анализ денежных потоков от инвестиций показал, что в СМО в 2014 году всего поступило денежных средств от инвестиционных операций в размере 15141,3 млн. рублей, в 2015 году - 34935,4 млн. рублей, что в 2 раза больше, чем в 2014 году, в том числе:

- от продажи основных средств и нематериальных активов в 2014 году - 51,6 млн. рублей, в 2015 году - 25,1 млн. рублей;

- от продажи акций других организаций (долей участия) в 2014 году - 23,0 млн. рублей, в 2015 году - 64,3 млн. рублей;

- от возврата предоставленных займов, от продажи долговых ценных бумаг (прав требования денежных средств к другим лицам) в 2014 году - 4937,5 млн. рублей, в 2015 году - 9119,7 млн. рублей;

- от дивидендов, процентов по долговым финансовым вложениям и аналогичных поступлений долевого участия в других организациях в 2014 году 198,7 млн. рублей, в 2015 году - 526,1 млн. рублей;

- от прочих поступлений в 2014 году - 9929,8 млн. рублей, в 2015 году - 25200,0 млн. рублей.

Объем выплат от инвестиционных операций составил в 2014 году 16827,4 млн. рублей, в 2015 году - 35028,3 млн. рублей, что превышает объем ассигнований, поступивших по инвестиционным операциям в 2014 и 2015 годах, в том числе платежи:

- в связи с приобретением акций других организаций (долей участия) в 2014 году - 141,1 млн. рублей, в 2015 году - 260,9 млн. рублей;

- в связи с приобретением долговых ценных бумаг (прав требования денежных средств к другим лицам), предоставление займов другим лицам в 2014 году - 446,9 млн. рублей, в 2015 году - 639,9 млн. рублей;

- прочие платежи в 2014 году - 10505,9 млн. рублей, в 2015 году - 25324,8 млн. рублей.

Как следствие, в 2015 году отмечался рост собственного капитала СМО на 135,0 млн. рублей (с 12365,5 млн. рублей в 2014 году до 12500,6 млн. рублей в 2015 году). Из 56 страховых организаций данное увеличение произошло в 42 организациях (за счет переоценки имущества, резервного капитала и нераспределенной прибыли).

Наибольшее увеличение произошло в таких СМО, как: ООО «СМК «Крыммедстрах» - в 4 раза, АО ВТБ Медицинское страхование - на 59,2 %, ООО «Арсенал медицинское страхование» - на 48,9 %, ООО «СМК «РЕСО-Мед» - на 47,2 %, ОАО «ГСМК» - на 40,6 %, АО «СК «СОГАЗ-Мед» - на 36,5 процента.

При этом в 14 страховых медицинских организациях стоимость собственного капитала уменьшилась в диапазоне от 0,83 % до 42 %. Наибольшее уменьшение собственного капитала наблюдается в ООО «СК «ДАЛЬ-РОСМЕД» - на 42 %, ООО «Муниципальная СК г. Краснодара - Медицина» - на 33,2 %, ОАО «РОСНО-МС» - на 29 %, ЗАО «Медицинская акционерная СК» - на 28 процентов.

В 38 страховых медицинских организациях на конец 2015 года по сравнению с аналогичным периодом 2014 года выросла нераспределенная прибыль, что свидетельствует о том, что основная доля средств страховых медицинских организаций обеспечена собственным капиталом, полученным в результате их участия в системе ОМС.

Наибольший прирост нераспределенной прибыли произошел в таких СМО, как:

- ЗАО «Капитал Медицинское страхование» прирост в 2015 году составил 241,6 млн. рублей, или 27,8 % по сравнению с 2014 годом;
- ООО «СМК «РЕСО-Мед» прирост составил 201,0 млн. рублей, или 76,5 %;
- АО ВТБ Медицинское страхование прирост составил 131,8 млн. рублей, или в 151 раз по сравнению с 2014 годом;
- АО СК «СОГАЗ-Мед» прирост составил 109,9 млн. рублей, или 37,3 % по сравнению с 2014 годом.

Необходимо отметить, что в 2014 году отразили непокрытый убыток ООО «Арсенал медицинское страхование» и ООО «СМК «Крыммедстрах», в 2015 году - ЗАО «СМК «Милосердие и благополучие», ООО «Муниципальная страховая компания г. Краснодара - Медицина», что может свидетельствовать о финансовой неустойчивости данных СМО, а, следовательно, повышает вероятность банкротства СМО.

Часть СМО в 2015 году уменьшила объем нераспределенной прибыли, в том числе:

- ЗАО «Медицинская акционерная СК» - на 620,6 млн. рублей, или на 38 %;
- ОАО «РОСНО-МС» - на 344,6 млн. рублей, или на 65 %;
- ООО «АльфаСтрахование-ОМС» на 51,8 млн. рублей, или на 21 процент.

В то же время в 2015 году 9 СМО (ЗАО СК «Согласие-М», ЗАО «Медицинская акционерная СК», АО «Страховая группа «Спасские ворота-М», АО «СК

«СОГАЗ-Мед», ООО СК «Башкортостан Медицина», ООО СМО «Чулпан-Мед», АО «СК «Чувашия-Мед», СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО), АО «ГСМК «Сахамедстрах»), на долю которых приходится 30,0 % от всех застрахованных лиц, использовали заемные средства, что создает риски возврата долга по заемным средствам за счет средств, получаемых от территориальных фондов ОМС на ведение дела, и влияет на финансовую устойчивость данных организаций, а, следовательно, повышает вероятность банкротства СМО. При этом среди указанных СМО уставной капитал менее 120,0 млн. рублей установлен в ЗАО СК «Согласие-М» и ООО СК «Башкортостан Медицина».

В соответствии с Методологическими рекомендациями по проведению анализа финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденных Госкомстатом России от 28 ноября 2002 года, и постановлением Правительства Российской Федерации от 25 июня 2003 года № 367 «Об утверждении Правил проведения арбитражным управляющим финансового анализа» проведена оценка финансовой устойчивости СМО, в том числе проведен расчет коэффициента автономии, коэффициента финансовой зависимости и коэффициента маневренности собственных средств.

Расчет коэффициента автономии осуществлен по установленной указанными выше нормативными документами формуле:

коэффициент автономии  $K_{авт.} = \frac{СК}{ВБ}$ , где: СК - собственный капитал, ВБ - валюта баланса (итог).

Проведенный анализ показал, что в 19 СМО из 56 коэффициент автономии возрастает к концу 2015 года по сравнению с концом 2014 года, что свидетельствует о степени их независимости от внешних источников финансирования, в том числе от средств ОМС.

Динамика коэффициента автономии по ряду СМО в 2014-2015 годах представлена в таблице:

Наименование СМО	Коэффициент автономии на конец 2014 г.	Коэффициент автономии на конец 2015 г.	Динамика (-/+)
ООО «МСК «ИНКО-МЕД»	0,317	0,344	0,027
ООО «Росмедстрах-К»	0,263	0,27	0,007
ООО СМК «Новолипецкая»	0,304	0,354	0,049
ЗАО «СМК «Милосердие и благополучие»	0,675	0,695	0,02
АО «Страховая группа «Спасские ворота-М»	0,046	0,047	0,001
ООО «ВСК-Милосердие»	0,741	0,759	0,018
АО «Областная МСК»	0,858	0,958	0,101
АО «МСК «КС СТРАХОВАНИЕ»	0,995	0,998	0,003

Наименование СМО	Коэффициент автономии на конец 2014 г.	Коэффициент автономии на конец 2015 г.	Динамика (-/+)
ООО «СК «АК БАРС-Мед»	0,168	0,198	0,03
ООО СМО «Чулпан-Мед»	0,382	0,49	0,108
АО «СК «Чувашия-Мед»	0,313	0,352	0,039
АО «СК «АСКОМЕД»	0,362	0,388	0,026
ООО СК «Альянс-Мед»	0,581	0,716	0,135
ООО МСК «Медика-Восток»	0,349	0,447	0,098
ЗАО МСК «Надежда»	0,159	0,32	0,162
ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед»	0,877	0,889	0,012
АО «СК «Медика-Томск»	0,129	0,165	0,036
АО «ГСМК «Сахамедстрах»	0,206	0,23	0,024
ООО СМО «Восточно-Страховой Альянс»	0,118	0,119	0,001

По оставшимся 37 страховым медицинским организациям отмечено уменьшение коэффициента автономии, что может отрицательно сказаться на их деятельности в дальнейшем.

Коэффициент финансовой зависимости оценивался по формуле:  $Kф.з. = (CP + O) / ВБ$ , где CP - страховые резервы, O - обязательства страховой компании.

В 33 страховых медицинских организациях данный показатель снижается либо остается на том же уровне, что может свидетельствовать о снижении привлеченных средств в структуре баланса и росте их финансовой устойчивости.

Расчет коэффициента маневренности собственных средств проведен по формуле:  $Kм = (ДЗП + З + ДС) / СК$ , где ДЗП - прочая дебиторская задолженность, платежи по которой ожидаются в течение 12 месяцев, З - запасы, ДС - денежные средства (рекомендован в пределах от 0,5 до 0,6).

Анализ указанного коэффициента показал, что из 56 страховых медицинских организаций 18 организаций имеют отрицательный коэффициент маневренности собственных средств, что может свидетельствовать о низкой их финансовой устойчивости в сочетании с тем, что средства вложены в медленно реализуемые активы (основные средства), а оборотный капитал ряда СМО формировался за счет заемных средств, что повышает риск их банкротства.

В 2014 году чистая прибыль СМО составила 3048,3 млн. рублей, в 2015 году - 3543,9 млн. рублей (прирост на 16,3 %), при этом убыток отразили в 2014 году только 7 страховых медицинских организаций (ООО

СМК «Новолипецкая», ЗАО «СМК «Милосердие и благополучие», ООО «Арсенал медицинское страхование», ООО «Муниципальная СК г. Краснодара - Медицина», АО «МСК «КС СТРАХОВАНИЕ», ООО СК «Альянс-Мед», АО СМК «Сибирский Спас-Мед»), в 2015 году - 5 страховых медицинских организаций (ООО «СК «АК БАРС-Мед», ООО СК «Альянс-Мед», ООО «Муниципальная СК г. Краснодара - Медицина», ООО «ВСК-Милосердие», ЗАО «СМК «Милосердие и благополучие»).

Наибольший прирост чистой прибыли произошел в таких СМО, как:

- ООО «АльфаСтрахование-ОМС» - в 7 раз (с 34,5 млн. рублей в 2014 году до 248,2 млн. рублей в 2015 году);

- ООО «Арсенал медицинское страхование» - в 3,7 раза, (с убытка в 2014 году в размере 8,2 млн. рублей до прибыли в размере 30,8 млн. рублей в 2015 году);

- ОАО «РОСНО-МС» и ООО «СМК «Крыммедстрах» - в 1,5 раза (с 241,8 млн. рублей в 2014 году до 371,4 млн. рублей в 2015 году и с убытка в 2014 году в 42,1 млн. рублей до прибыли в размере 63,1 млн. рублей в 2015 году);

- АО «СК «Медика-Томск» - в 379 раз (с 0,06 млн. рублей в 2014 году до 22,0 млн. рублей в 2015 году);

- ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ» - в 3,5 раза (с 7,5 млн. рублей до 27,0 млн. рублей).

Таким образом, полученные от ТФОМС средства 40 СМО (71,4 %) направляли на создание своей инфраструктуры, формирование финансовой устойчивости и обеспечение дополнительных доходов.

Управленческие расходы СМО составили в 2014 году 2627,5 млн. рублей, в 2015 году - 3513,0 млн. рублей. Прочие расходы в 2015 году по сравнению с 2014 годом увеличились с 13029,3 млн. рублей до 14112,4 млн. рублей.

В соответствии с данными Росстата численность сотрудников СМО за 2014-2016 годы практически не менялась и составляет 22,8 тыс. человек.

При анализе средней заработной платы сотрудников СМО на основании представленной формы федерального статистического наблюдения № П-4 «Сведения о численности и заработной плате работников» установлено, что средняя заработная плата сотрудников варьируется в 2014 году от 4,72 тыс. рублей в ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед» до 86,6 тыс. рублей в ООО «СМК РЕСО-Мед», в 2015 году - от 6 тыс. рублей в ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед» до 83,21 тыс. рублей в ООО «МСК «Медстрах». За I полугодие 2016 года заработная плата в СМО продолжала расти: от 7,58 тыс.

рублей в ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед» до 138,19 тыс. рублей в ЗАО СК «Согласие-М».

Наименьшая заработная плата сложилась у сотрудников таких СМО, как:

- ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед» от 4,72 тыс. рублей в 2014 году до 7,58 тыс. рублей в 2016 году;

- АО «Областная МСК» от 10,42 тыс. рублей в 2014 году до 19,53 тыс. рублей в 2016 году;

- ООО СМК «Урал-Рецепт М» от 10,57 тыс. рублей в 2014 году до 10,25 тыс. рублей в 2016 году.

Наибольшая заработная плата отмечена в СМО:

- ООО «МСК «Медстрах» от 64,30 тыс. рублей в 2014 году до 67,61 тыс. рублей в I полугодии 2016 года;

- ООО «СМК РЕСО-Мед» от 86,6 тыс. рублей в 2014 году до 140,49 тыс. рублей в I полугодии 2016 года.

При этом необходимо отметить, что в головных компаниях заработная плата сотрудников в несколько раз превышает оплату труда в ее филиалах.

Так, средняя заработная плата сотрудников АО «СК «СОГАЗ-Мед» в центральном офисе (г. Москва) составляла 146,52 тыс. рублей в 2014 году, в 2015 году - 197,14 тыс. рублей (средняя по экономике г. Москвы за 2015 год 57,9 тыс. рублей, у врачей - 78,9 тыс. рублей) и 117,82 тыс. рублей в I полугодии 2016 года, в то время как в филиалах оплата труда варьировалась в 2014 году в пределах от 4,89 тыс. рублей в Воронежском филиале до 84,3 тыс. рублей в Чукотском, в 2015 году - от 15,62 тыс. рублей в Калининградском филиале (что ниже средней по экономике - 26,0 тыс. рублей) до 74,41 тыс. рублей в Ямало-Ненецком АО (средняя по экономике - 68,3 тыс. рублей), и за I полугодие 2016 года - от 15,81 тыс. рублей в Оренбургском филиале до 78,44 тыс. рублей в Чукотском филиале.

При этом в отчетных формах № П-4 АО «СК «СОГАЗ-Мед» в ряде филиалов при отсутствии в графе 4 сведений о количестве работников, выполнявших работы по договорам гражданско-правового характера, в графе 10 указаны сведения о фонде начисленной заработной платы работников, выполняющих работы по договорам гражданско-правового характера, и других лиц нечисленного состава. В форме № П-4 АО «ГСМК «Сахмедстрах» указаны сведения только по графе 2 в части количества работников основного списочного состава, однако фонд начисленной заработной платы показан по графе 9, где отражаются сведения о фонде начисленной заработной платы по внешним совместителям. Это может

свидетельствовать о недостоверности первичных статистических данных указанных СМО.

Таким образом, анализ формирования и использования собственных средств СМО свидетельствует о потере системой ОМС ежегодно около 30,5 млрд. рублей (в 2015 году на ведение дела направлено 25,4 млрд. рублей, от санкций направлено в доход СМО 4,4 млрд. рублей, получено СМО в результате экономии 0,2 млрд. рублей и в виде вознаграждения 0,4 млрд. рублей).

Накопленные активы СМО, включая их имущество, доходные и финансовые вложения, превышающие 100,0 млрд. рублей, ежегодно получаемые собственные дополнительные доходы, не связанные с ОМС (в том числе от инвестиций), позволяют говорить о формировании на базе отдельных СМО самостоятельных финансовых организаций, для которых собственные средства являются достаточными и позволяющими обеспечивать их деятельность вне рамок ОМС.

При этом необходимо отметить, что в соответствии с пунктами 3 и 4 статьи 30 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» надзор за деятельностью СМО, как субъектов страхового дела, осуществляет Банк России, включая контроль за соблюдением страхового законодательства, в том числе путем проведения на местах проверок деятельности страховых медицинских организаций, и достоверности представляемой ими отчетности, а также за обеспечением страховщиками их финансовой устойчивости и платежеспособности.

По итогам контрольного мероприятия «Проверка целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 году и истекший период 2015 года» в адрес Банка России было направлено письмо от 21 декабря 2015 года № 01-4169/12-03. Однако результаты рассмотрения представленных Счетной палатой материалов в отношении проверенных СМО (ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС») Банком России представлены не были.

Указанные выше нарушения страхового законодательства, факты недостоверности бухгалтерской отчетности СМО, признаки финансовой неустойчивости отдельных СМО могут свидетельствовать о ненадлежащем исполнении Банком России своих полномочий по надзору за деятельностью СМО, установленных статьей 30 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

### **Цель 3. Оценить полноту и эффективность исполнения страховыми медицинскими организациями своих обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации**

В рамках экспертно-аналитического мероприятия на основании имевшейся статистической информации по форме № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - форма № ПГ) проведена оценка результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

При этом необходимо отметить, что в связи с отсутствием в законодательстве Российской Федерации СМО требований о своде формы № ПГ, получаемой от своих филиалов, СМО в большинстве своем данный свод не осуществляют. В адрес Счетной палаты Российской Федерации указанные своды поступили только от ЗАО «МАКС-М», ОАО «РОСНО-МС» и от АО «Страховая группа «Спасские ворота-М». Остальные 53 страховые медицинские организации представили формы № ПГ отдельно по каждому своему филиалу.

Таким образом, можно сделать вывод, что страховые медицинские организации информацию, указанную в форме № ПГ, не анализируют и не учитывают в своей деятельности.

**3.1.** В соответствии с частью 3 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

В соответствии с пунктом 8 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В целях медико-экономического контроля используются информационные системы, расположенные на базе ТФОМС, что не требует значительных трудовых ресурсов. Результаты проведения медико-экономического кон-

троля, по данным формы № ПГ, представленной страховыми медицинскими организациями (свод), представлены в таблице:

	2014 г.	2015 г.	Динамика, %
Количество предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь, тыс. ед.	821549,3	824745,3	0,4
Всего в ходе медико-экономического контроля выявлено счетов, содержащих нарушения, тыс. ед.	36569,8	39868,7	9,0
Доля счетов, содержащих нарушения, %	4,5	4,8	6,7

Необходимо отметить, что на фоне роста предъявленных в 2015 году по сравнению с 2014 годом счетов на оплату медицинской помощи в связи с включением в систему ОМС Российской Федерации Республики Крым и г. Севастополя в 2015 году отмечается также рост доли счетов, содержащих нарушения, выявленные в ходе медико-экономического контроля, которая не превысила 5 процентов.

Таким образом, можно отметить относительно низкий процент ошибок, допускаемых медицинскими организациями при формировании счетов за оказанную медицинскую помощь.

Технологический характер проведения медико-экономического контроля позволяет минимизировать трудовые и финансовые затраты для его проведения.

**3.2.** В соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Данная экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Выделяют два вида указанной экспертизы - целевая и плановая. Результаты проведения медико-экономической экспертизы, по данным формы № ПГ, представленной страховыми медицинскими организациями (свод), представлены в таблице:

	2014 г.	2015 г.	Динамика, %
Количество проведенных медико-экономических экспертиз всего, тыс. экспертиз	9869,7	15702,0	59,1
из них:			
плановых	8069,2	12301,9	52,5

	2014 г.	2015 г.	Динамика, %
целевых	1800,5	3400,1	88,8
Число выявленных нарушений, тыс. ед. в том числе в ходе проведения:	7042,8	5563,0	-21,0
плановых экспертиз	6342,6	4630,1	-27,0
целевых экспертиз	700,2	932,9	33,2
Доля нарушений, выявленных в ходе экспертиз, % в том числе в ходе проведения:	71,4	35,4	-50,4
плановых экспертиз	78,6	37,6	-52,1
целевых экспертиз	38,9	27,4	-29,4

Иная ситуация складывается по результатам проведения СМО медико-экономических экспертиз. Здесь, несмотря на рост на 59,1 % проведенных в 2015 году экспертиз, отмечаются снижение количества выявленных нарушений на 21,0 % и уменьшение доли выявленных нарушений из общего числа проведенных экспертиз (с 71,4 % до 35,4 процента).

Это может свидетельствовать о росте качества работы медицинских организаций с первичной медицинской и учетно-отчетной документацией.

Особенно это касается проведения целевых экспертиз, которые в соответствии с пунктом 14 порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, проводятся в случаях:

- повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

- заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 % от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

**3.3.** В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи (врач - специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования), включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, по поручению ТФОМС или СМО.

Правила проведения данного вида экспертизы установлены пунктами 20-37 порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230.

Необходимо отметить, что ведение указанного территориального реестра экспертов осуществляет ТФОМС. Страховые медицинские организации привлекают указанных экспертов к работе на основании заключаемых с ними договоров. Аналогичные действия выполняют и сами ТФОМС при проведении встречных экспертиз качества медицинской помощи.

Объем нарушений, выявленных в 2015 году в ходе проведения экспертизы качества медицинской помощи, и их структура указаны в таблице:

(тыс. ед.)

	Всего	из них		Доля в общем объеме нарушений, %
		плановые	целевые	
Итого выявлено нарушений при проведении экспертиз качества медицинской помощи в том числе:	2823,9	2583,6	240,3	100,0
дефекты оформления первичной медицинской документации	1221,6	1146,3	75,3	43,3
нарушения при оказании медицинской помощи	1488,2	1337,8	150,4	52,7
из них: нарушения при выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками оказания и/или стандартами медицинской помощи	1226,6	1100,8	125,8	43,4
нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи	2,5	1,7	0,8	0,1
из них взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь	0,6	0,2	0,4	0,0

Количество выявленных в ходе экспертизы качества медицинской помощи нарушений в расчете на 1000 застрахованных лиц отличается как по субъектам Российской Федерации, так и между СМО внутри одного субъекта.

екта Российской Федерации. Например, в Республике Чувашия АО «СК «Чувашия-Мед» за 2015 год выявлены 10 нарушений на 1000 застрахованных лиц, а АО «Чувашская медицинская СК» - 20 нарушений на 1000 застрахованных лиц. В Московской области филиал ОАО «РОСНО-МС» выявил 40 нарушений на 1000 застрахованных лиц, ЗАО «МАКС-М» - 12 нарушений на 1000 застрахованных лиц. Больше всего нарушений на 1000 застрахованных лиц зарегистрировано по ОАО «РОСНО-МС», АО «СК «СОГАЗ-Мед» и ООО «Росгосстрах-Медицина» - 35-40 нарушений на 1000 застрахованных лиц.

Такие различия свидетельствуют о бесконтрольности ситуации, т.к. данные СМО проверяют одни и те же медицинские организации.

Необходимо отметить, что 43,3 % всех выявляемых нарушений связаны с дефектами оформления медицинской документации. Однако указанные нарушения не влияют на качество оказанной медицинской помощи, в то же время санкции, примененные в результате выявления указанных нарушений, составляют свыше 43 % от общего объема средств, что требует дополнительного анализа.

Больше 60 % в структуре нарушений данные нарушения установлены по ООО «МСК «Медстрах», ЗАО СК «Согласие-М», ООО СК «Альянс-Мед» и ООО «СМК «Крыммедстрах».

В то же время доля выявленных нарушений, ограничивающих доступность медицинской помощи, не превышает 0,1 %. Из 56 СМО 22 СМО (ООО «ВСК-Милосердие», ООО СК «Капитал-полис Медицина», ООО «Муниципальная страховая компания г. Краснодар - Медицина», ООО МСО «Панацея», ООО «МСК «МАКСИМУС», ООО СК «Башкортостан Медицина», АО «МСК «КС СТРАХОВАНИЕ», ООО «СМО «Спасение», АО «СК «Чувашия-Мед», АО «СК «АСКОМЕД», ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед», ООО «СМО «Симаз-Мед», ООО СМО «Восточно-Страховой Альянс», ООО «МСК «ИНКО-МЕД», ООО «Росмедстрах-К», ЗАО «СМК «Милосердие и благополучие», АО «МСК «УралСиб», ООО МСК «Страж», ООО «МСК «Медстрах», АО «Страховая группа «Спасские ворота-М») указанных нарушений в 2014-2015 годах и за истекший период 2016 года не выявили.

При этом Счетной палатой в 2016 году в соответствии с пунктом 2 перечня поручений Президента Российской Федерации от 21 июля 2015 года № Пр-1441 проведены контрольные и экспертно-аналитические мероприятия по проверке и оценке доступности медицинских услуг для граждан Российской Федерации, в том числе в удаленных районах и в сельской местности, по итогам 2015 года, в ходе которых выявлены такие нарушения, указанные в приказе ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, ограничивающие доступность медицинской помощи, как:

- нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.

Следовательно, можно сделать вывод, что в ходе экспертиз работа экспертов в основном ограничена проверкой правильности оформления документов, а не фактическим анализом оказанной медицинской помощи.

Из числа нарушений при оказании медицинской помощи, доля которых наибольшая (52,7 %), 82,4 % составляют нарушения при выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками оказания и/или стандартами медицинской помощи. Как указывалось выше, с учетом отсутствия стандартов медицинской помощи на половину всех заболеваний и состояний, обеспечивающих причины оказания пациентам медицинской помощи, не ясно, каким образом выявляются и устанавливаются нарушения в отношении заболеваний, не охваченных стандартами медицинской помощи.

При этом в ходе контрольного мероприятия «Проверка целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 году и истекшем периоде 2015 года» было установлено, что ряд экспертов качества медицинской помощи в отсутствие правовых оснований использовали код дефекта 3.2. «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи» и 3.3. «Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий» в отношении заболеваний, по которым стандарты отсутствуют, а соответствующие клинические рекомендации (протоколы лечения) не внедрены, в связи с чем применение санкций к медицинским организациям было не обосновано.

По итогам проведения экспертиз в 2015 году было возвращено в бюджет СМО из бюджета медицинских организаций 71783,3 млн. рублей, что составило 5,0 % от суммы средств, направленных в медицинские организации на оплату оказанной медицинской помощи. Только часть этих

средств (не более 65 %) была в дальнейшем направлена на оплату медицинской помощи, 8546,8 млн. рублей было или направлено в доход СМО (4425,0 млн. рублей), или возвращено в бюджеты ТФОМС, а затем в бюджет ФОМС (4121,8 млн. рублей).

Однако, как было выявлено в ходе проверок Счетной палаты Российской Федерации в 2015-2016 годах, проведенных в некоторых СМО и ТФОМС, информирование застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи СМО не проводится, что свидетельствует о невыполнении СМО обязанностей, установленных в договорах о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 8 части 2 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ.

При этом ТФОМС имеют необходимые ресурсы для выполнения этой обязанности, вводя указанную информацию в личный кабинет застрахованного лица.

Приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года № 277 внесены изменения в пункт 37 порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230. Начиная с 2016 года, СМО на основании актов экспертизы качества медицинской помощи по согласованию с ТФОМС готовят предложения по улучшению качества медицинской помощи.

Однако механизмы реализации данной нормы не ясны, дальнейшие действия ТФОМС также не установлены.

Кроме того, в правовых актах СМО данные нормы отсутствуют.

Таким образом, применение данного положения пункта 37 порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, на настоящий момент ограничено.

Учитывая изложенное, можно сделать вывод, что роль СМО в проведении экспертизы качества медицинской помощи ограничена лишь администрированием договоров, заключаемых с соответствующими экспертами, и оплатой работы экспертов. При этом ТФОМС имеют все возможности для самостоятельного проведения указанных экспертиз и имеют возможности довести полученные результаты до застрахованного лица через личные кабинеты, созданные на информационных ресурсах территориальных фондов ОМС.

**3.4.** Также к обязанностям СМО относится рассмотрение обращений и жалоб граждан.

В основе обращений, по данным формы № ПГ, лежат обращения в страховые медицинские организации о выборе или замене страховой медицинской организации (85 % в структуре обращений). Обращения, касающиеся непосредственно реализации прав застрахованных граждан, не превышают 15 %. В расчете на одно застрахованное лицо количество обращений за получением консультации или информации, касающейся прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи, составило в 2015 году 0,025 обращения на 1 застрахованное лицо.

Таким образом, можно предположить отсутствие у застрахованных лиц должного доверия к СМО, как к органам, защищающим их права, что подтверждается фактами сокращения в 2015 году по сравнению с 2014 годом количества поступивших обращений и жалоб.

Так, в соответствии с формой № ПГ, количество обращений в 2015 году сократилось по сравнению с 2014 годом на 11637,2 тыс. ед., или на 32,6 %, (с 35665,6 тыс. обращений до 24028,5 тыс. обращений) за счет сокращения числа заявлений о выборе и замене страховой медицинской организации (с 31723,5 тыс. заявлений до 20432,3 тыс. заявлений), а также за счет снижения числа обращений для получения консультаций о качестве медицинской помощи (с 25,2 тыс. консультаций до 21,1 тыс. консультаций).

На 1,9 % сократилось количество жалоб застрахованных лиц (с 38,3 тыс. жалоб до 37,6 тыс. жалоб). В то же время на 28,7 % отмечено увеличение числа жалоб на качество медицинской помощи (с 6,3 тыс. жалоб до 8,1 тыс. жалоб).

Однако, учитывая общую численность застрахованных лиц (146,5 млн. человек), данное количество жалоб может расцениваться как минимальное, не отражающее истинное состояние организации медицинской помощи в Российской Федерации.

Стоит отметить, что из 37,6 тыс. жалоб, зарегистрированных в 2015 году, 27,1 % приходилось на ООО «МСК «Медстрах» (10,2 тыс. жалоб), 14,9 % - на ЗАО «МАКС-М» (5,6 тыс. жалоб), 10,4 % - на ОАО «РОСНО-МС» (3,9 тыс. жалоб), 6,6 % - на АО «СК «СОГАЗ-Мед». На остальные 52 страховые медицинские организации приходится только 45,8 % поступивших в 2015 году жалоб.

К положительным тенденциям 2015 года можно отнести рост количества случаев досудебной защиты прав застрахованных на 3,8 % (с 21,2 тыс. случаев до 22,0 тыс. случаев). При этом указанная тенденция в разрезе страховых медицинских организаций носит разнонаправленный характер.

Рост числа случаев досудебной защиты прав застрахованных установлен в отношении 28 страховых медицинских организаций из 56 (50,0 %). По остальным 28 страховым медицинским организациям установлено снижение количества данных случаев.

Таким образом, организация защиты прав застрахованных граждан, ограниченная только прямыми обращениями застрахованных лиц и их жалобами, охватывает лишь незначительную их часть, не превышающую 2,5 % от общего числа застрахованных лиц. Можно сделать обоснованный вывод, что активная работа с застрахованными лицами по установлению рисков нарушений их прав, а также в целях проведения профилактических мероприятий практически не проводится и в отчетные формы страховых медицинских организаций не включена.

Указанная проблема неоднократно поднималась Счетной палатой Российской Федерации. При этом, несмотря на внесенные в 2016 году Минздравом России изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», работа СМО практически не изменилась, ужесточения ответственности за неисполнение СМО своих обязательств не произошло.

### **Заключение**

Учитывая проведенный анализ деятельности СМО, Счетная палата Российской Федерации рекомендует:

**1.** Правительству Российской Федерации внести изменения в законодательство Российской Федерации, устанавливающие:

- критерии оценки деятельности СМО на основании показателей работы с застрахованными лицами в целях защиты их прав и законных интересов;

- понятие «страховой представитель», их права и обязанности в целях перевода их от функции оператора к обязательствам по защите прав и интересов застрахованных лиц;

- ответственность всех участников обязательного медицинского страхования за неисполнение полномочий, включая возможность исключения СМО из соответствующего реестра за систематическое неисполнение своих обязанностей, установленных договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

**2.** Минздраву России подготовить и направить в Правительство Российской Федерации предложения по системе оплаты труда работников страховых медицинских организаций.

**3.** Минздраву России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования принять нормативные правовые акты, устанавливающие:

- порядок защиты интересов застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, в том числе с привлечением страховых представителей;

- нормативы обслуживания страховыми представителями застрахованных лиц;

- изменение порядка экспертизы качества медицинской помощи как в части контроля за качеством медицинской помощи, так в части контроля за обеспечением доступности медицинской помощи для населения.

Кроме того, предлагается рассмотреть вопрос о проведении в 2017-2019 годах пилотного проекта по передаче полномочий страховщика территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в первую очередь в тех субъектах Российской Федерации, где действует одна страховая медицинская организация.

### **Выводы**

**1.** На 1 июля 2016 года в Российской Федерации участниками системы обязательного медицинского страхования являлись 56 СМО, из них 11 являются участниками обязательного медицинского страхования в двух субъектах Российской Федерации (Москва и Московская область), 10 СМО - в Республике Башкортостан и Самарской области. При этом в 26 субъектах Российской Федерации работает только 2 СМО, а по одной СМО - в Карачаево-Черкесской Республике (ЗАО «МАКС-М»), в Чукотском автономном округе (АО «СК «СОГАЗ-Мед»), в г. Байконур (ОАО «РОСНО-МС»), в Чеченской Республике (ЗАО «МАКС-М»), что может свидетельствовать о том, что население данных субъектов Российской Федерации не может реализовать свое право на выбор СМО, закрепленное за ним статьей 16 Федерального закона № 326-ФЗ.

**2.** Из 56 действующих на 1 июля 2016 года страховых медицинских организаций необходимый в соответствии с пунктом 3 статьи 25 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1999 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (в редакции от 3 июля 2016 года) с 1 января 2017 года уставной капитал в размере 120,0 млн. рублей и более на 1 декабря 2016 года не имели 8 страховых медицинских организаций. К данным 8 СМО прикреплены 9,4 млн. застрахованных лиц, или 6,4 % от общего количества застрахованных лиц.

Таким образом, в соответствии со статьей 32<sup>б</sup> Закона Российской Федерации от 27 ноября 1999 года № 4015-1 (в редакции от 3 июля 2016 года) «Об организации страхового дела в Российской Федерации» существует риск приостановления действия лицензий указанных 8 СМО, что не позволит им в 2017 году заключить с территориальными фондами обязательного медицинского страхования договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и может отрицательно сказаться на осуществлении обязательного медицинского страхования и оплате медицинской помощи в отношении 9,4 млн. застрахованных лиц.

В этом случае не будет обеспечено 100-процентное покрытие застрахованных лиц СМО в 11 субъектах Российской Федерации: Московской, Самарской, Новосибирской, Кемеровской, Томской областях, республиках Дагестан, Башкортостан, Хакасия, Приморском и Красноярском краях и г. Москве. При этом ФОМС на момент проведения мероприятия не обладал информацией о числе СМО, имеющих уставной капитал в размере 120,0 млн. рублей и более, и какие меры приняли территориальные фонды обязательного медицинского страхования для перестрахования лиц, застрахованных в указанных 8 СМО.

**3.** Единые подходы к разработке и принятию внутренних нормативных документов, определяющих порядок защиты страховой медицинской организацией прав застрахованных лиц в системе ОМС, Минздравом России и ФОМС не сформированы. Отсутствуют методологическая и унифицированная правовая базы в указанной сфере.

Проведенный анализ показал, что в качестве основания для разработки внутренних документов, определяющих порядок защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС, страховые медицинские организации указывают различные нормативные правовые акты (в том числе утратившие силу). Содержание внутренних документов СМО, определяющих порядок защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС, различно.

**4.** Приказом Минздрава России от 28 июня 2016 года № 423н «О внесении изменений в правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н, и форму типового договора о финансовом обеспечении ОМС, утвержденную приказом Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 года № 1030н» установлен новый порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (в том числе с участием страховых представителей), которым значительно расширены обязанности СМО.

При этом до принятия и вступления в действие приказа Минздрава России № 423н ФОМС, при отсутствии соответствующих полномочий и правовых оснований, издан приказ от 11 мая 2016 года № 88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», учитывающий изменения, которые внесены приказом Минздрава России № 423н. При этом данный приказ ФОМС на государственную регистрацию в Минюст России не направлялся. Кроме того, ФОМС издан приказ от 24 декабря 2015 года № 271 «О создании контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования», который также на государственную регистрацию в Минюст России не направлялся.

Из 56 запрошенных страховых медицинских организаций 7 СМО представили внутренние документы, учитывающие новые правила работы по организации защиты прав застрахованных. При этом 6 из 7 указанных СМО при разработке и принятии своих актов руководствовались приказами ФОМС № 271 и № 88, и только одной страховой медицинской организацией - ООО МСК «Медика-Восток» - принято положение о защите прав застрахованных в ООО МСК «Медика-Восток» в соответствии с приказом Минздрава России № 423н.

При этом из 56 запрошенных СМО 49 организаций (87,5 %) указали, что осуществляют деятельность, связанную с защитой прав застрахованных на основании приказов ФОМС № 271 и № 88, вместе с тем изменения во внутренние нормативные документы в связи с принятием данных приказов не вносились.

**5.** Несмотря на внесение Минздравом России изменений в нормативную правовую базу и введение в деятельности страховых медицинских организаций института страховых представителей, их полномочия, права и обязанности не определены, порядок работы не установлен.

При этом анализ правового статуса страховых представителей, закрепленный приказом Минздрава России № 423н и приказом ФОМС № 88, показал, что фактически их компетенция сведена к функциям оператора, предоставляющего информацию по установленному кругу вопросов.

Таким образом, проанализированная нормативная правовая база показывает, что обеспечение защиты прав застрахованных лиц сведено только к их информационному сопровождению. При этом какие-либо иные нормативные правовые акты, которые предусматривают возможность напрямую защищать интересы застрахованных лиц, отсутствуют.

**6.** Анализ данных мониторинга численности страховых представителей по субъектам Российской Федерации показал существенные расхождения по степени обеспеченности страховыми представителями застрахованных лиц в различных СМО, что свидетельствует об отсутствии обоснованных расчетов нормативной нагрузки на отдельного страхового представителя.

Например, в Новосибирской области в филиале «Новосибирск-медицина ОАО «РОСНО-МС» предусмотрено сопровождение одним страховым представителем 19232 застрахованных лиц, ООО «СМО «Симаз-Мед» - 24093 застрахованных лиц, филиалом ООО СК «Ингосстрах-М» в г. Новосибирске - 314327 застрахованных, что в 16,3 раза больше, чем в филиале «Новосибирск-медицина ОАО «РОСНО-МС» и в 13,1 раза больше, чем в ООО «СМО «Симаз-Мед».

В Белгородской области в филиале ЗАО «МАКС-М» в г. Белгороде один страховой представитель сопровождает 38876 застрахованных лиц, а в ООО МСК «ИНКО-МЕД» - 2158 застрахованных граждан (в 18 раз меньше).

**7.** В 2014 году СМО расходовали целевые средства в объеме, превышающем поступления текущего года от ТФОМС за счет остатков целевых средств предыдущих лет и взаиморасчетов с медицинскими организациями по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Однако в 2015 году СМО не было использовано на оплату медицинской помощи 8546,8 млн. рублей, поступивших из ТФОМС. Часть этих средств в размере 4452,0 млн. рублей была направлена в доход СМО, остальные - возвращены в ТФОМС.

**8.** В ходе анализа формы № 6-омс установлено, что в 2014-2015 годах 7 СМО отражен отрицательный остаток целевых средств ОМС. В то же время возможность отражения дебетового остатка (минусового остатка) целевых средств ОМС на начало или на конец отчетного периода не предусмотрена инструкцией о порядке составления и представления бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков, утвержденной приказом Минфина России от 27 июля 2012 года № 109н «О бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков», и иными нормативными правовыми актами законодательства Российской Федерации о бухгалтерском учете.

**9.** Сравнение отчетных бухгалтерских форм таких СМО, как ООО СМК «УГМК-Медицина», АО «ГМСК «Заполярье», ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед», АО «ГСМК «Сахамедстрах», показало, что при отражении в форме статистического наблюдения № 6-омс остатка целевых средств на конец отчетного периода 2014 года на начало отчетного периода 2015 года дан-

ные остатки не отражены. Таким образом, остатки целевых средств на начало 2015 года не совпадают с остатками на конец 2014 года, аналогичная ситуация выявлена и в 2016 году - остаток на начало 2016 года не совпадает с остатком на конец 2015 года, что является нарушением пункта 33 Положения по бухгалтерскому учету «Бухгалтерская отчетность организации» (ПБУ 4/99), утвержденного приказом Минфина России от 6 июля 1999 года № 43н.

**10.** В нарушение пункта 67 раздела VII «Особенности формирования показателей отчета страховой медицинской организации о целевом использовании средств обязательного медицинского страхования (форма № 6-омс)» инструкции о порядке составления и представления бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков, утвержденной приказом Минфина России № 109н, которым предусмотрено, что авансы, выданные медицинским организациям на предстоящую оплату медицинской помощи, не рассматриваются в качестве использованных целевых средств и включаются в остаток целевых средств на конец отчетного периода (отчетного года), а также расшифровываются в качестве отдельного показателя в разделе «Справочно», в 2014 году 17 СМО отразили выданные медицинским организациям авансы как использованные целевые средства, справочно расшифровав их как авансы, выданные медицинским организациям на предстоящую оплату медицинской помощи. В 2015 году данное нарушение допустили 15 СМО.

Таким образом, в нарушение пункта 2 инструкции о порядке составления и представления бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков, утвержденной приказом Минфина России от 27 июля 2012 года № 109н «О бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков», которым предусмотрено требование о том, что бухгалтерская (финансовая) отчетность страховщика должна давать достоверное представление о его финансовом положении на отчетную дату, финансовом результате его деятельности и движении денежных средств за отчетный период, необходимое пользователям этой отчетности для принятия экономических решений, сведения о финансовом положении указанных СМО на отчетную дату недостоверны.

По результатам анализа собственных средств СМО установлен рост в 2015 году активов СМО на 28550,8 млн. рублей (с 71504,1 млн. рублей до 100055,0 млн. рублей), увеличение стоимости внеоборотных активов на 679,0 млн. рублей (с 8717,1 млн. рублей до 9396,1 млн. рублей), увеличение стоимости оборотных средств на 28361,3 млн. рублей (с 69602,9 млн. рублей до 97964,2 млн. рублей). При этом объем свободных денежных

средств уменьшился на 1941,9 млн. рублей (с 15011,7 млн. рублей до 13069,8 млн. рублей), что свидетельствует о вложении свободных денежных средств в нефинансовые активы СМО.

**11.** В соответствии с законами о бюджете ТФОМС на 2016 год средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в размере 1 %, установлены в 63 субъектах Российской Федерации, от 1,01 % до 1,15 % - в 12 субъектах Российской Федерации, от 1,22 % до 1,6 % - в 10 субъектах Российской Федерации. Наибольший процент средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, установлен в бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2016 год, утвержденном областным законом Новгородской области от 28 декабря 2015 года № 897-ОЗ. В соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением правительства Новгородской области от 19 февраля 2016 года № 56, выделено 79,5 млн. рублей.

Установлено, что статьей 6 закона Свердловской области от 3 декабря 2015 года № 139-ОЗ «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2016 год» норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию для СМО установлен в размере 1 % от суммы средств, поступивших в СМО по дифференцированным подушевым нормативам финансового обеспечения обязательного медицинского страхования. Однако в нарушение части 18 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ и статьи 6 закона Свердловской области от 3 декабря 2015 года № 139-ОЗ «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2016 год» в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от 26 декабря 2011 года № 7 норматив расходов на ведение дела установлен в размере 1,8 %, что значительно выше процента, установленного законом № 139-ОЗ.

**12.** В 2015 году в составе субвенций, перечисленных ФОМС территориальным фондам ОМС, средства на содержание территориальных фондов ОМС и ведение дел по ОМС составили 42,5 млрд. рублей (3,0 %). В соответствии с данными формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания

гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» на 2015 год на ведение дел в сфере ОМС было направлено 25,4 млрд. рублей. При этом в 2014 году 19 страховых медицинских организаций израсходовали средств, предназначенных на расходы на ведение дела по ОМС, больше, чем им поступило, за счет использования собственных средств, полученных от применения к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. В 2015 году аналогичная ситуация установлена по 13 страховым медицинским организациям, что требует дополнительного анализа со стороны ФОМС.

В 2016 году уменьшена доля средств субвенции, направляемая на ведение дел по ОМС самими территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями до 38 млрд. рублей (2,5 % от общего объема субвенций). Однако в дальнейшем в связи с увеличением субвенций, предоставляемых из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, средства, направляемые на ведение дел, в 2017 году будут на уровне 2016 года, а в 2018 году увеличатся до 41,2 млрд. рублей, в 2019 году - до 43,4 млрд. рублей.

**13.** В ходе экспертно-аналитического мероприятия установлено, что объем средств, полученных СМО в результате применения к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, увеличился с 64916,3 млн. рублей в 2014 году до 71783,3 млн. рублей в 2015 году, что может свидетельствовать как о снижении качества деятельности медицинских организаций при оказании медицинской помощи, так и об увеличении числа медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, направленных на выявление СМО нарушений, влекущих за собой возврат целевых средств ОМС, часть из которых направлялась в доход СМО (4198,4 млн. рублей в 2014 году и 4425,0 млн. рублей в 2015 году).

**14.** В соответствии с Методологическими рекомендациями по проведению анализа финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденных Госкомстатом России от 28 ноября 2002 года, и постановлением Правительства Российской Федерации от 25 июня 2003 года № 367 «Об утверждении правил проведения арбитражным управляющим финансового анализа» проведена оценка финансовой устойчивости СМО, в том числе проведен расчет коэффициента автономии, коэффициента финансовой зависимости и коэффициента маневренности собственных средств.

Проведенный анализ показал, что 19 СМО из 56 сформировали собственные активы в объеме, достаточном для их деятельности независимо от внешних источников финансирования, в том числе от средств ОМС.

В то же время 18 СМО имеют отрицательный коэффициент маневренности собственных средств, что свидетельствует об их низкой финансовой устойчивости в сочетании с тем, что их средства вложены в медленно реализуемые активы (основные средства), а оборотный капитал формировался за счет заемных средств, что повышает риск банкротства данных СМО.

**15.** В 2014 году чистая прибыль СМО составила 3048,3 млн. рублей, в 2015 году - 3543,9 млн. рублей (прирост на 16,3 %), при этом убыток отразили в 2014 году только 7 страховых медицинских организаций, в 2015 году - 5 страховых медицинских организаций. По итогам 2015 года в 38 страховых медицинских организациях (67,8 %) выросла нераспределенная прибыль, что свидетельствует об обеспеченности СМО собственным капиталом, полученным в результате их участия в системе ОМС.

**16.** Анализ формирования и использования собственных средств СМО свидетельствует о потере системой ОМС ежегодно около 30,5 млрд. рублей (в 2015 году на ведение дела по ОМС направлено 25,4 млрд. рублей, от санкций направлено в доход СМО 4,4 млрд. рублей, получено СМО в результате экономии 0,2 млрд. рублей и в виде вознаграждения - 0,4 млрд. рублей). Накопленные активы СМО, включая их имущество, доходные и финансовые вложения, превышающие 100,0 млрд. рублей, ежегодно получаемые собственные дополнительные доходы, не связанные с ОМС (в том числе от инвестиций), позволяют говорить о формировании на базе отдельных СМО самостоятельных финансовых организаций, для которых собственные средства являются достаточными и позволяющими обеспечивать их деятельность вне рамок ОМС.

**17.** Выявленные нарушения страхового законодательства, факты недостоверности бухгалтерской отчетности СМО, признаки финансовой неустойчивости отдельных СМО могут свидетельствовать о ненадлежащем исполнении Банком России своих полномочий по надзору за деятельностью СМО, установленных статьей 30 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

**18.** Средняя заработная плата сотрудников СМО варьируется в 2014 году от 4,72 тыс. рублей в ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед» до 86,6 тыс. рублей в ООО «СМК РЕСО-Мед», в 2015 году - от 6 тыс. рублей в ЗАО СМК

«Сибирский Спас-Мед» до 83,21 тыс. рублей в ООО «МСК «МЕДСТРАХ». При этом необходимо отметить, что в головных компаниях заработная плата сотрудников в несколько раз превышает оплату труда в их филиалах.

Так, средняя заработная плата сотрудников АО «СК «СОГАЗ-Мед» в центральном офисе составляла в 2014 году 146,52 тыс. рублей, в 2015 году - 197,14 тыс. рублей и 117,82 тыс. рублей - в I полугодии 2016 года, в то время как в филиалах оплата труда варьировалась в 2014 году в пределах от 4,89 тыс. рублей в Воронежском филиале до 84,3 тыс. рублей в Чукотском, в 2015 году - от 15,62 тыс. рублей в Калининградском филиале до 74,41 тыс. рублей в Ямало-Ненецком АО и за I полугодие 2016 года - от 15,81 тыс. рублей в Оренбургском филиале до 78,44 тыс. рублей в Чукотском филиале.

При этом в отчетных формах № П-4 АО «СК «СОГАЗ-Мед» в ряде филиалов при отсутствии в графе 4 сведений о количестве работников, выполнявших работы по договорам гражданско-правового характера, в графе 10 указаны сведения о фонде начисленной заработной платы работников, выполняющих работы по договорам гражданско-правового характера, и других лиц нечисленного состава. В форме № П-4 АО «ГСМК «Сахамедстрах» указаны сведения только по графе 2 в части количества работников основного списочного состава, однако фонд начисленной заработной платы показан по графе 9, где отражаются сведения о фонде начисленной заработной платы по внешним совместителям. Это может свидетельствовать о недостоверности первичных статистических данных, указанных СМО.

**19.** В связи с отсутствием в законодательстве Российской Федерации о СМО требований о своде формы № ПГ, получаемой от своих филиалов, СМО в большинстве своем (53 организации) данный свод не осуществляют. В адрес Счетной палаты Российской Федерации указанные своды поступили только от трех СМО (ЗАО «МАКС-М», ОАО «РОСНО-МС» и АО «Страховая группа «Спасские ворота-М»). Таким образом, можно сделать вывод, что СМО информацию, указанную в форме № ПГ, не анализируют и не учитывают в своей деятельности.

**20.** Увеличение объема проведенных медико-экономических экспертиз (отмечен их рост на 59,1 % в 2015 году, в том числе целевых экспертиз) не привело к росту выявленных нарушений (зафиксировано снижение количества выявленных нарушений на 21,0 %, уменьшение доли выявленных нарушений с 71,4 % до 35,4 %), что может свидетельствовать о высоком

качестве работы медицинских организаций с первичной медицинской и учетно-отчетной документацией.

**21.** Количество выявленных в ходе экспертизы качества медицинской помощи нарушений в расчете на 1000 застрахованных лиц отличается как по субъектам Российской Федерации, так и между СМО внутри одного субъекта Российской Федерации. Например, в Республике Чувашия АО «СК «Чувашия-Мед» за 2015 год выявлено 10 нарушений на 1000 застрахованных лиц, а АО «Чувашская медицинская СК» - 20 нарушений на 1000 застрахованных лиц. В Московской области филиал ОАО «РОСНО-МС» выявил 40 нарушений на 1000 застрахованных лиц, ЗАО «МАКС-М» - 12 нарушений на 1000 застрахованных лиц. Больше всего нарушений на 1000 застрахованных лиц зарегистрировано по ОАО «РОСНО-МС», АО «СК «СОГАЗ-Мед» и ООО «Росгосстрах-Медицина» - 35-40 нарушений на 1000 застрахованных лиц. Такие различия свидетельствуют о бесконтрольности ситуации, так как данные СМО проверяют одни и те же медицинские организации.

**22.** Необходимо отметить, что 43,3 % всех выявляемых нарушений связано с дефектами оформления медицинской документации. Однако указанные нарушения не влияют на качество оказанной медицинской помощи, в то же время санкции, примененные в результате выявления указанных нарушений, составляют свыше 43 % от общего объема средств, что требует дополнительного анализа. Больше 60 % в структуре нарушений данные нарушения установлены по ООО «МСК «Медстрах», ЗАО СК «Согласие-М», ООО СК «Альянс-Мед» и ООО «СМК «Крыммедстрах».

**23.** Счетная палата Российской Федерации неоднократно отмечала факт отсутствия стандартов медицинской помощи на половину всех заболеваний и состояний, обеспечивающих причины оказания пациентам медицинской помощи. При этом нарушения при оказании медицинской помощи составляют наибольшую долю (52,7 %), из них 82,4 % составляют нарушения при выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками оказания и/или стандартами медицинской помощи. В данной связи не ясно, каким образом выявляются страховыми медицинскими организациями и устанавливаются нарушения в отношении заболеваний, не охваченных стандартами медицинской помощи.

**24.** В то же время доля выявленных нарушений, ограничивающих доступность медицинской помощи, не превышает 0,1 %. Из 56 СМО 22 СМО указанных нарушений в 2014-2015 годах и за истекший период 2016 года не выявили, что не соответствует результатам проверок Счетной палаты Российской Федерации.

**25.** Приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года № 277 внесены изменения в пункт 37 приказа ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Начиная с 2016 года СМО на основании актов экспертизы качества медицинской помощи и по согласованию с ТФОМС готовят предложения по улучшению качества медицинской помощи.

Применение данной нормы на настоящий момент ограничено, поскольку механизмы реализации указанной нормы не ясны, действия ТФОМС при получении указанных предложений также не установлены. В актах СМО данная норма отсутствует.

**26.** Застрахованные граждане предпочитают не обращаться в СМО за получением необходимой им информации, что может свидетельствовать об отсутствии должного доверия к страховым медицинским организациям, как к органам, защищающим права застрахованных лиц. Это подтверждается фактами сокращения в 2015 году по сравнению с 2014 годом количества поступивших обращений и жалоб. Так, в соответствии с формой № ПГ, количество обращений в 2015 году сократилось по сравнению с 2014 годом на 11637,2 тыс. единиц, или на 32,6 % (с 35665,6 тыс. обращений до 24028,5 тыс. обращений) за счет сокращения числа заявлений о выборе и замене страховой медицинской организации (с 31723,5 тыс. заявлений до 20432,3 тыс. заявлений), а также за счет снижения числа обращений для получения консультаций о качестве медицинской помощи (с 25,2 тыс. консультаций до 21,1 тыс. консультаций).

**27.** В основе обращений, по данным формы № ПГ, лежат обращения в СМО о выборе или замене страховой медицинской организации (85 % в структуре обращений). Обращения, касающиеся непосредственно реализации прав застрахованных граждан, не превышают 15 %. В расчете на одно застрахованное лицо количество обращений за получением консультации или информации, касающейся прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи, составило в 2015 году 0,025 обращения на 1 застрахованное лицо.

На 1,9 % сократилось количество жалоб застрахованных лиц (с 38,3 тыс. жалоб до 37,6 тыс. жалоб). В то же время на 28,7 % отмечено увеличение числа жалоб на качество медицинской помощи (с 6,3 тыс. жалоб до 8,1 тыс. жалоб). Учитывая общую численность застрахованных лиц (146,5 млн. человек), данное количество жалоб может расцениваться как минимальное, не отражающее истинное состояние организации медицинской помощи в Российской Федерации.

**28.** В ходе экспертно-аналитического мероприятия подтверждены ранее указываемые Счетной палатой Российской Федерации факты, свидетельствующие, что активная работа с застрахованными лицами по установлению рисков нарушений их прав, а также в целях проведения профилактических мероприятий, не проводится - организация защиты прав застрахованных граждан ограничена только прямыми обращениями застрахованных лиц и их жалобами (2,5 % от общего числа застрахованных лиц).

### **Предложения**

**1.** Направить информационное письмо в Центральный банк Российской Федерации.

**2.** Направить информационное письмо в Министерство финансов Российской Федерации.

**3.** Направить информационное письмо в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

**4.** Направить информационное письмо Заместителю Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец.

**5.** Направить информационное письмо в Федеральную службу государственной статистики.

**6.** Направить отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия в Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации и Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.

**Аудитор Счетной палаты  
Российской Федерации**

**А.В. ФИЛИПЕНКО**