Приложение № 2

**Анализ нормативных правовых актов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, регулирующих отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования**

Правовое регулирование полномочий в сфере организации обязательного медицинского страхования осуществляется на основе положений пункта «ж» части 1 статьи 72 Конституции Российской Федерации, которым установлено, что координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение, находятся в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

Практическая деятельность по реализации указанных полномочий осуществляется с учетом положений федеральных законов от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и от 24.04.2020 № 147-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам контроля за эффективностью и качеством осуществления переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий».

В соответствии с нормами части 1 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ к полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными настоящим Федеральным законом, в том числе: утверждение территориальных программ обязательного медицинского страхования (пункт 1), утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (пункт 2), регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан (пункт 3), администрирование доходов бюджета ФОМС, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на территориях субъектов Российской Федерации (пункт 4), контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования (далее также – ОМС) на территориях субъектов Российской Федерации (пункт 5), осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (пункт 6), обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации (пункт 7), ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в форме регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (пункт 8) и ведение отчетности в сфере обязательного медицинского страхования (пункт 9).

Организация распределения субвенций бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС является обязательным условием реализации переданных полномочий. Бюджетным кодексом Российской Федерации установлено, что под субвенциями бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования понимаются межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при выполнении полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации федеральными законами (пункт 1 статьи 133.2).

Нормами статьи 133.2 Бюджетного кодекса РФ также определено, что субвенции бюджетам территориальных фондов из бюджета ФОМС распределяются в соответствии с методикой, утверждаемой Правительством Российской Федерации, (пункт 2) и вносятся для утверждения в Государственную Думу в проекте федерального закона о бюджете ФОМС на очередной финансовый год и плановый период (пункт 3).

Распределение субвенций бюджетам ТФОМС направлено на создание условий для реализации территориальных программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Территориальные программы основаны на Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа государственных гарантий, Программа). Программа государственных гарантий устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также устанавливает требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи. Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

В проверяемом периоде действовали Программы, утвержденные постановлениями Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» и от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

В проверяемом периоде объемы финансирования системы ОМС и финансовые показатели деятельности по распределению, предоставлению и расходованию субвенций регламентировалась федеральными законами от 05.12.2017 № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», от 28.11.2018 № 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» и от 02.12.2019 № 382-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». Исполнение бюджетов ФОМС в проверяемом периоде отражено в федеральных законах от 16.10.2019 № 334-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 год» и от 15.10.2020 № 317-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2019 год».

Реализация положений пункта 2 статьи 133.2 Бюджетного кодекса РФ осуществляется в соответствии с положениями Постановления Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее также – Постановление Правительства Российской Федерации № 462). Указанным Постановлением Правительства Российской Федерации № 462 утверждены Правила распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (далее также – Правила распределения, предоставления и расходования субвенций) и Методика распределения субвенций, предоставляемых из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (далее также – Методика распределения субвенций, Методика).

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.07.2018 № 780 «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти, устанавливающих порядок осуществления контроля за эффективностью и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных им для осуществления полномочий Российской Федерации по предметам ведения Российской Федерации и (или) предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации» подлежит установлению эффективность осуществления переданных полномочий как степень достижения органами государственной власти субъектов Российской Федерации общественно значимых результатов, в том числе в области предоставления государственных услуг, мер социальной поддержки (помощи) и иных общественных благ, и (или) степень устранения риска причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям в соответствующей сфере общественных отношений с учетом используемого объема трудовых, материальных и финансовых ресурсов при осуществлении переданных полномочий.

Деятельность ФОМС и ТФОМС в проверяемом периоде также была регламентирована приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.09.2016 № 654н «Об утверждении Порядка осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» и от 09.09.2011 № 1032н «Об утверждении Порядка возмещения субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования и использованных не по целевому назначению».

Проведенный анализ содержания рассмотренных нормативных правовых актов в сфере ОМС указывает на то, что существующий порядок нормативного регулирования переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС является достаточно полным и обеспечивает всестороннюю регламентацию осуществления таких полномочий.

Вместе с тем, анализ правомочий, входящих в соответствии со статьей 6 Федерального закона № 326-ФЗ в состав переданного полномочия по организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации указывает на то, что такие отдельные виды правомочий, как регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан, контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, в том числе проведение проверок и ревизий, обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в форме регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и ведение отчетности в сфере обязательного медицинского страхования осуществляются в условиях неполной правовой регламентации порядка их реализации.

Так, например, действующими нормативными правовыми актами в сфере регулирования переданных полномочий не нормируются затраты на реализацию таких видов правомочий, как контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, а также затраты на обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации и на ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах.

Отсутствие нормирования расходов по указанным направлениям может создавать риски необоснованного завышения объемов расходов.

Также при анализе нормативного регулирования переданных полномочий следует учитывать, что нормами части 13 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ установлено, что до дня вступления в силу федерального закона о государственных социальных фондах правовое положение:

1) Федерального фонда определяется действующим до дня вступления в силу указанного федерального закона Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

2) территориального фонда определяется положением о территориальном фонде, принятым в соответствии с типовым положением о территориальном фонде, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и действующим до дня вступления в силу указанного федерального закона.

Таким образом, правовой режим регламентации деятельности системы ОМС в отсутствие федерального закона о государственных социальных фондах функционирует в текущем состоянии «до его принятия», то есть фактически имеет временный характер. В настоящее время в рамках такого временного характера правового регулирования правоотношений в сфере ОМС нормативным правовым документом высшей юридической силы в силу прямого указания в законе, определяющим организационно-правовую форму и статус Федерального фонда, является Устав Фонда, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования». В соответствии с пунктом 3 Устава ФОМС Федеральный фонд является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением. В связи установлением организационно-правовой формы Фонда в виде некоммерческого финансово-кредитным учреждения требует урегулирования вопрос разграничения предметов ведения при издании ведомственных нормативных правовых актов, регламентирующих права и обязанности граждан, застрахованных лиц, участников хозяйственного оборота, между Минздравом России, как федеральным органом исполнительной власти и Фондом, как некоммерческим финансово-кредитным учреждением.

Таким образом, система нормативных актов, регламентирующих правовой статус системы ОМС и порядок реализации полномочий ее участников, в том числе и порядок реализации переданных полномочий, остается незавершенной, что создает риски возникновения правовой неопределенности.

В соответствии со статьей 152 Бюджетного кодекса органы управления государственными внебюджетными фондами являются участниками бюджетного процесса. При этом оговорка об установлении особенностей бюджетных полномочий участников бюджетного процесса, являющихся органами управления государственных внебюджетных фондов, наряду с Бюджетным кодексом иными нормативными правовыми актами Российской Федерации в Бюджетном кодексе отсутствует.

Главой 5 Федерального закона № 326-ФЗ регулируются вопросы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования, что по смыслу бюджетного законодательства относится к бюджетным правоотношениям.

Так согласно части 3 статьи 26 указанного Федерального закона в составе расходов бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда (далее также – НСЗ) устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период.

Так, федеральными законами от 05.12.2017 № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», от 28.11.2018 № 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», от 02.12.2019 № 382-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – федеральные законы о бюджете ФОМС) предусматривалось, что средств нормированного страхового запаса Фонда, зарезервированы в пределах бюджетных ассигнований, установленных приложением 4 «Распределение бюджетных ассигнований бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год по разделам, подразделам, целевым статьям и группам видов расходов классификации расходов бюджетов к указанным федеральным законам. Аналогичная формулировка используется также в части 1 статьи 6 проекта Федерального закона № 1027745-7 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (ред., внесенная в ГД ФС РФ, текст по состоянию на 30.09.2020) (далее – законопроект № 1027745-7).

Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок, источники, предельный размер формирования НСЗ в составе расходов бюджета ФОМС не установлен.

Таким образом, в соответствии со статьей 26 Федерального закона № 326‑ФЗ НСЗ формируется в том числе за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных на предоставление Субвенций, что в свою очередь не соответствует принципу адресности и целевого характера бюджетных средств, установленного Бюджетным кодексом и подразумевающего, что бюджетные ассигнования и лимиты бюджетных обязательств доводятся до конкретных получателей бюджетных средств с указанием цели их использования. Как уже отмечалось федеральные законы, регулирующие бюджетные правоотношения, не могут противоречить Бюджетному кодексу.

Кроме того, бюджетным процессом при подготовке проектов бюджетов на очередной финансовый год и плановый период в соответствии с порядком, утверждаемым Министерством финансов Российской Федерации, предусматривается формирование и представление главными распорядителями средств бюджетов государственных внебюджетных фондов Российской Федерации обоснований бюджетных ассигнований по расходам бюджетов государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, которые не учитывают необходимость формирования НСЗ.

Порядок формирования и использования резерва для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования Министерством здравоохранения Российской Федерации не принят, аналогичный порядок в отношении обеспечения финансовой устойчивости ОМС субъекта Российской Федерации Федеральным фондом также не принят.

В целом возникает правовая неопределенности с понятием «резерв для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования» в связи с тем, что нормативными правовыми актами его тождество с понятием «нормированный страховой запас» не установлено.

Анализ нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации, Минздрава России и ФОМС, которые должны быть приняты в соответствии с прямыми указаниями на то, содержащимися в Федеральном законе № 326-ФЗ, показал факт их наличия, полноты и своевременности принятия с учетом сроков вступления в силу отдельных положений указанного Федерального закона. Вместе с тем в нормативном правовом регулировании выявлен ряд проблем. Так, Постановление Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 года № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией» оперирует терминологией и понятиями бюджетного законодательства по состоянию на 2003 год.

Минздравом России не утвержден порядок осуществления им контроля за эффективностью и качеством осуществления переданных полномочий в соответствии с правилами, устанавливаемыми Правительством Российской Федерации, наличие которого установлено частью 3 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ, в редакции Федерального закона от 24 апреля 2020 года № 147-ФЗ. Также Минздравом России не утверждался порядок осуществления Минздравом России контроля и надзора за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий.

Нормативный акт Фонда, устанавливающий особенности ведения страховыми медицинскими организациями раздельного учета доходов и расходов по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования, не принимался.

Приказ ФОМС от 27 марта 2019 года № 54 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» не устанавливая нормативного порядка использования НСЗ, не содержит признаков последовательного раскрытия на подзаконном уровне положений Федерального закона № 326‑ФЗ.

Анализом нормативного правового регулирования правоотношений в сфере ОМС **на уровне субъектов Российской Федерации** установлено следующее. В соответствии со статьей 6 Федерального закона № 326-ФЗ к полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, в том числе утверждение территориальных программ обязательного медицинского страхования, соответствующих единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования, утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования, утверждаемыми уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, для страховых медицинских организаций.

Также к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования на основании статьи 8 указанного Федерального закона относится утверждение бюджетов территориальных фондов и отчетов об их исполнении.

Положение о территориальном фонде утверждается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (статья 34 Федерального закона № 326-ФЗ).

Выборочный анализ положений о ТФОМС субъектов Российской Федерации не выявил противоречий действующему законодательству Российской Федерации. Вместе с тем, выборочный анализ нормативных правовых актов уровня законов субъектов Российской Федерации и практики реализации полномочий участников нормотворческой деятельности в сфере ОМС на уровне региона выявил ряд фактов, указывающих на наличие недостатков и нарушений положений действующего законодательства.

Так, установлено, что существующим порядком осуществление контроля за использованием средств бюджетов ТФОМС субъектов Российской Федерации страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проведения проверок и ревизий, возлагается на территориальные фонды.

При этом Федеральным законом от 7 февраля 2011 года № 6-ФЗ «Об общих принципах организации и деятельности контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований» к основным полномочиям контрольно-счетных органов субъекта Российской Федерации отнесены:

1) контроль за исполнением бюджета территориального государственного внебюджетного фонда;

2) экспертиза проектов законов о бюджетах территориального государственного внебюджетного фонда;

3) внешняя проверка годового отчета об исполнении бюджета территориального государственного внебюджетного фонда;

4) организация и осуществление контроля за законностью, результативностью (эффективностью и экономностью) использования средств бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов.

Указанные положения закреплены в законах о контрольно-счетных органах субъектов Российской Федерации.

В Новгородской области ТФОМС и министерство здравоохранения Новгородской области наделены одинаковыми полномочиями.

Так согласно разделу 3 «Полномочия и права министерства» Положения о министерстве здравоохранения Новгородской области, утвержденному постановлением Правительства Новгородской области от 21 декабря 2017 года № 455, к полномочиям министерства здравоохранения Новгородской области относится осуществление:

администрирования доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на территории области;

контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования на территории области, в том числе проведение проверок и ревизий;

расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами Новгородской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования;

ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в форме регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лица;

обеспечения прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территории области.

При этом согласно статье 34 Федерального закона № 326-ФЗ территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

осуществляет администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии;

собирает и обрабатывает данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

Таким образом, несмотря на однозначность федеральных норм, устанавливающих полномочия территориальных фондов, нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации устанавливают противоречащие положения, тем самым выходя за законодательно установленные пределы переданных полномочий.

Правовой формой выражения бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов в соответствии со статьей 11 Бюджетного кодекса Российской Федерации являются законы субъектов Российской Федерации.

Отчет об исполнении бюджета территориального фонда принимается также в форме закона субъекта Российской Федерации (статья 149 Бюджетного кодекса Российской Федерации.

Структура закона о бюджете ТФОМС субъекта Российской Федерации включает прогнозируемый в очередном финансовом году и плановом периоде общий объем доходов с указанием поступлений из других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации; общий объем расходов в очередном финансовом году и плановом периоде; дефицит (профицит) бюджета ТФОМС, и их источники финансирования в очередном финансовом году и плановом периоде; норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию для страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы; формируется нормированный страховой запас.

Сплошной анализ законов о бюджетах ТФОМС на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов показал, что указанными законами также устанавливаются перечень главных администраторов доходов бюджета ТФОМС и дефицита бюджета Фонда, при этом перечень главных администраторов доходов бюджета ТФОМС и виды доходов устанавливаются разные.

Так, не установлен вид расхода «Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования» и соответственно главный администратор по данному виду дохода в законах о бюджете ТФОМС на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов следующих субъектов Российской Федерации: города Москвы, Санкт-Петербурга, Севастополя, республики Алтай, Бурятия, Башкортостан, Коми, Хакасия, Чувашская республика, Забайкальский, Камчатский, Краснодарский, Пермский, Красноярский, Ставропольский края, Амурская, Архангельская, Астраханская, Вологодская, Воронежская, Иркутская, Курская, Магаданская. Нижегородская, Оренбургская, Омская, Пензенская, Псковская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Свердловская, Смоленская, Тамбовская, Томская, Тульская, Ульяновская, Челябинская, Еврейская автономная области, Ненецкий автономный округ, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Отмечаются отдельные случаи необоснованного включения в перечень главных администраторов доходов бюджета некоторых территориальных фондов, утверждаемый законами о бюджетах ТФОМС на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов иных, кроме самого территориального фонда (код 395) администраторов доходов (ТФОМС Республики Марий Эл, Алтайского края, Белгородской, Липецкой, Оренбургской, Пензенской, Саратовской, Сахалинской областей и Еврейской автономной области включена Федеральная антимонопольная служба; в Кабардино-Балкарской Республике включено Федеральное казначейство; в Республике Северная Осетия-Алания – Федеральная налоговая служба, в Чукотском автономном округе – ФАС и ФНС; а в Республике Мордовия, Вологодской области, Ростовской области, Ханты-Мансийском автономном округе-Югре –территориальные управления ФАС; в Республике Татарстан и Ставропольском крае – территориальные управления ФК)

Статьей 8 Законов Магаданской области от 26 декабря 2018 года № 2325-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов», от 25 декабря 2019 года № 2449-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов» установлены размеры страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Магаданской области на соответствующие годы.

Учитывая, что согласно положениям статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются федеральным законом[[1]](#footnote-1), установление указанной нормы законом Магаданской области содержит признаки попытки урегулировать предмет, выходящий за рамки полномочий субъектов Российской Федерации.

В отношении тарифных соглашений, заключаемых на уровне субъекта федерации, установлено следующее. На уровне субъекта Российской Федерации заключается тарифное соглашение на основании статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ.

Содержание тарифных соглашений регулируется Приказом ФОМС от 21 ноября 2018 года № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее также – Требования).

В соответствии с Требованиями в разделе «Общие положения» должны содержаться сведения об основаниях заключения тарифного соглашения **(**нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение). Анализ выборочных тарифных соглашений показал неоднородный состав таких нормативных правовых актов (Таблица № 2.1.).

Приложение № 2.1. Нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывались и заключались тарифные соглашения субъектов Российской Федерации (выборочно).

| Перечень НПА, на основе которых разработано Тарифное соглашение | ТС Краснодарского края | ТС г.Москвы | ТС Московской области | ТС Владимирской области | ТС Калужской области | ТС Пермского края | ТС Томской области | ТС Тверcкой области | ТС Калиниградской области | ТС Мурманской области | ТС Красноярского края |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Федеральный закон от 21 ноября 2011 года No 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», | + | + | + | + | + |  |  | + | + | + | + |
| Федеральный закон от 29 ноября 2010 года No 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», | + | + | + | + | + |  | + | + | + | + | + |
| Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 года No 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» | + |  | + | + | + | + |  | + |  | + | + |
| Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" |  | + | + | + | + | + |  | + | + | + |  |
| Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» |  |  |  |  |  |  |  | + |  | + |  |
| Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 №1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»; |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + |  |
| Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + |  |
| Приказ Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  |  |
| Письмо Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |
| Письмо Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» |  |  |  |  | v | v |  | v |  | v |  |
| Приказ ФОМС от 21.11.2018 No 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» |  |  |  |  | v |  |  | v | v | v |  |
| Приказ ФОМС от 28.02.2019 No 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» |  |  |  | v | v | v |  |  |  | v |  |
| НПА О территориальной программе государственных гарантий | v | v | v | v | v | v | v |  | v | v | v |
| НПА О бюджете ТФОМС |  | v |  |  |  |  |  |  | v |  |  |

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с Требованиями должны определяться в зависимости от форм, видов и условий оказания медицинской помощи и рассчитываться в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Минздравом России принят Приказ от 28 января 2019 года № 25н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы», предусматривающий четкий порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений. Приказ Минздрава России № 25н позволяет контролировать единообразие содержания тарифных соглашений в соответствии с положениями действующего законодательства.

Исследование тарифных соглашений Калужской, Томской, Владимирской, Тверской, Мурманской, Калининградской областей. Краснодарского, Пермского краев, показало вариативность организации способов оплаты амбулаторной помощи (Таблица № 2.2.).

В тарифных соглашениях Мурманской и Калининградской областей, где установлен способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, подразумевающий установление перечня показателей результативности, данные показатели в тарифных соглашениях не установлены.

Различен и механизм организации учета и оплаты стимулирующих выплат по результатам деятельности медицинской организации. Так, в тарифном соглашении в Калужской области установлено, что средства ежемесячного финансового обеспечения за вычетом 3% средств, предназначенных для перечисления медицинской организации по результатам деятельности. В тарифном соглашении в Мурманской области размер стимулирования медицинской организации (SАППстим) за первый и второй месяц каждого квартала принимается равным нулю, а при определении размера финансового обеспечения медицинской организации за третий месяц каждого квартала определяется по итогам оценки достигнутых значений целевых показателей результативности деятельности медицинской организации по формуле:

SАППстим = ∑(ДПНФАППстимi × Чi / 12) × КРЕЗ ,

где:

ДПНФАППстимi – дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (стимулирующая часть), установленный настоящим Тарифным соглашением для данной медицинской организации на 01 число i-ого месяца квартала оценки, рублей;

Чi – численность прикрепленного населения на 01 число i-го месяца квартала оценки, человек;

i – месяц квартала оценки; 12 – число месяцев,

КРЕЗ - коэффициент результативности деятельности медицинской организации за период оценки, рассчитываемый в соответствии с Порядком оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Приведенные примеры указывают на отсутствие единообразного подхода к формированию тарифных соглашений в части регламентации используемых в них количественных показателей.

Также было отмечено, **что субъекты Российской Федерации в тарифных соглашениях в рамках предусмотренной законодательством структуры тарифов самостоятельно детализируют состав расходов медицинских организаций, оплачиваемых и не оплачиваемых за счет средств ОМС** (например, тарифные соглашения на 2020 г. Краснодарского и Пермского краев, а также Мурманской области).

Исследование тарифных соглашений субъектов Российской Федерациина предмет имеющихся противоречий по оплате специализированной медицинской помощи, показало, что несмотря на подробное изложение механизмов оплаты специализированной медицинской помощи в условиях стационара и круглосуточного стационара в Методических рекомендациях, отмечены разные подходы к оплате, в том числе и онкологической помощи. Так, с 2019 года в оказании специализированной медицинской помощи участвуют Центры амбулаторной онкологической помощи. В функционал данных учреждений входит оказание помощи посредством лекарственной терапии. Однако, ввиду того, что данные медицинские организации отнесены к первому уровню оказания медицинской помощи, а в модели КСГ предусмотрен корректирующий механизм в виде коэффициента уровня стационара (учитывает различия в расходах на медицинскую помощь в зависимости от уровня ее оказания), в тарифных соглашениях части субъектов Российской Федерации устанавливается понижающий коэффициент

Таблица № 2.2. Утверждение в тарифных соглашениях механизмов организации способов оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях прикрепленным застрахованным лицам

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Механизмы организации подушевого способа оплаты | ТС Калужской области | ТС Краснодарского края | ТС Калининградской области | ТС Владимирской области | ТС Пермкого края | ТС Тверской области | ТС Томской области | ТС Мурманской области |
| Вариант способа оплаты | с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации |
| Методика расчета фактического размера финансового обеспечения | Средства ежемесячного финансового обеспечения за вычетом 3% Резерва[[2]](#footnote-2) | не указан | не указан | не указан | не указан | указан | Доля основной части дифф подушевого норматива составляет 93% , стимулирующей - ?% - за выполнение показателей результативности, в т.ч. По проекту "Бережливая поликлиника" | Размер стимулирования медицинской организации за первый и второй месяц каждого квартала принимается равным 0, а при определении размера финансового обеспечения медицинской организации за третий месяц каждого квартала определяется по итогам оценки достигнутых значений целевых показателей результативности деятельности медицинской организации по формуле |
| Наличие показателей результативности в соответствии с установленным способом оплаты | Установлены | Не требуется | Не указаны | Не требуется | Не требуется | Не требуется | Установлены | Не установлены |

(ниже единицы) для данных медицинских организаций, что в итоге не позволяет в полном объеме возместить им расходы на дорогостоящие схемы лечения (тарифное соглашение Московской области).

В тарифном соглашении Пермского края также регулируются вопросы, связанные с возмещением средств медицинским организациям частной формы собственности.

В тарифном соглашении Краснодарского и Пермского краев подробно представлены статьи расходов, а также расходы, не оплачиваемые за счет средств ОМС. Такое положение дел обусловлено отсутствием регулирования данных вопросов на федеральном уровне.

Таким образом, проведенным анализом содержания нормативных правовых актов субъектов российской Федерации в сфере ОМС, а также практики их применения установлено отсутствие единообразного подхода к разработке и применению тарифных соглашений, формированию тарифов.

Сплошной анализ законов о бюджете ТФОМС субъектов Российской Федерации на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов показал, что в ряде субъектов Российской Федерации ТФОМС не осуществляется администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Так, законы о бюджете ТФОМС на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов следующих субъектов Российской Федерации: города Москвы, Санкт-Петербурга, Севастополя, республики Алтай, Бурятия, Башкортостан, Коми, Хакасия, Чувашская республика, Забайкальский, Камчатский, Краснодарский, Пермский, Красноярский, Ставропольский края, Амурская, Архангельская, Астраханская, Вологодская, Воронежская, Иркутская, Курская, Магаданская. Нижегородская, Оренбургская, Омская, Пензенская, Псковская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Свердловская, Смоленская, Тамбовская, Томская, Тульская, Ульяновская, Челябинская, Еврейская автономная области, Ненецкий автономный округ, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Несмотря на однозначность федеральных норм, устанавливающих полномочия территориальных фондов, нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации устанавливают противоречащие положения, ведущие превышению переданные федеральных полномочий. В нарушение статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ статьей 8 Законов Магаданской области от 26 декабря 2018 года № 2325-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов», от 25 декабря 2019 года № 2449-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов» установлены размеры страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Магаданской области на соответствующие годы, что содержит признаки превышения полномочий субъектов Российской Федерации.

В Новгородской области согласно Положению о министерстве здравоохранения Новгородской области, утвержденному постановлением Правительства Новгородской области от 21 декабря 2017 года № 455, министерство здравоохранения Новгородской области наделено полномочиями ТФОМС в сфере ОМС.

Порядок утверждения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, предусмотренный статье 36 Федерального закона № 326-ФЗ, на уровне субъектов Российской Федерации не установлен.

1. Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» [↑](#footnote-ref-1)
2. Под «Резервом» в данном документе понимается размер средств на осуществление стимулирующих выплат МО, имеющим прикрепленное население, т.е. средства, предназначенные для перечисления медицинской организации по результатам деятельности [↑](#footnote-ref-2)