

**Выборочный анализ нормативных правовых актов субъектов
Российской Федерации, регулирующие вопросы реализации переданных
органам государственной власти субъектов Российской Федерации
полномочий Российской Федерации в сфере ОМС**

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 законом¹, 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 № 3.1.1.).

¹ Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»

Приложение № 3.1.1. 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 Тверской области	ТС Калининградской области	ТС Мурманской области	ТС Красноярского края
Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,	+	+	+	+	+			+	+	+	+
Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+
Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 года № 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»					+					+	

Перечень НПА, на основе которых разработано Тарифное соглашение	ТС Краснодар ского края	ТС г.Москвы	ТС Московской области	ТС Владимирс кой области	ТС Калужской области	ТС Пермско го края	ТС Томской области	ТС Тверской области	ТС Калининградс кой области	ТС Мурманской области	ТС Красноярс кого края
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»					✓	✓		✓		✓	
Приказ ФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»					✓			✓	✓	✓	
Приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»				✓	✓	✓				✓	
НПА О территориальной программе государственных гарантий	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
НПА О бюджете ТФОМС		✓							✓		

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 № 3.1.2.).

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 ($SAPП_{стим}$) 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:

$$S_{\text{АПП}_{\text{СТИМ}}} = \sum (\text{ДПНФ}_{\text{АПП}_{\text{СТИМ}i}} \times \text{Ч}_i / 12) \times K_{\text{РЕЗ}},$$

где:

$\text{ДПНФ}_{\text{АПП}_{\text{СТИМ}i}}$ – 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;

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

i – месяц квартала оценки; 12 – число месяцев,

$K_{\text{РЕЗ}}$ - 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 Федерации на 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 № 3.1.2. 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 Пермского 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	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

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

(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.