

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт финансов, экономики и управления

(наименование института полностью)

38.03.01 Экономика

(код и наименование направления подготовки, специальности)

Финансы и кредит

(направленность (профиль)/специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему Формирование бюджета Федерального фонда обязательного
медицинского страхования

Студент

Я. А. Кравцов

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. экон. наук, доцент А. В. Морякова

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2021

Аннотация

Бакалаврскую работу выполнил: Кравцов Ярослав Алексеевич.

Тема работы: «Формирование бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

Руководитель: канд.экон.наук, доцент Морякова Анастасия Владимировна.

Цель исследования - выявить проблемы и определить перспективы формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Объект исследования – бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Предмет исследования – совокупность экономических и организационных отношений, возникающих в процессе формирования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Методы исследования – группировка, статистическое наблюдение, сравнительный, горизонтальный и вертикальный анализ.

Краткие выводы по бакалаврской работе: работа посвящена исследованию особенностей формирования средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Изложены основные теоретические основы касательно формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Проведен горизонтальный и вертикальный анализ доходной части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2017-2023 гг. Итогом выполненного исследования стали предложенные рекомендации по совершенствованию формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Структура и объем работы. Работа состоит из введения, 3-х разделов, заключения, списка используемой литературы и используемых источников, 60 источников и 2 приложений. Общий объем работы, без приложений, 87 страниц машинописного текста, в том числе таблиц – 12, рисунков – 18.

Содержание

Введение	2
1 Теоретические основы формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.....	4
1.1 Место медицинского страхования в действующей системе социальных гарантий в Российской Федерации.....	4
1.2 Особенности механизма формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	7
1.3 Зарубежный опыт медицинского страхования	12
2 Анализ формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	18
2.1 Методика формирования средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования	18
2.2 Оценка бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2017-2020 гг. по доходам	27
2.3 Основные характеристики формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021-2023 гг.	40
3 Рекомендации по совершенствованию формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.....	48
3.1 Проблемы обязательного медицинского страхования и финансовой деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования	48
3.2 Направления перераспределения полномочий в сфере обязательного медицинского страхования	54
Заключение	79
Список используемой литературы	81
Приложение А Характеристика изменений полномочий участников системы ОМС.....	88
Приложение Б Бухгалтерская отчётность СПАО «Ингосстрах»	90

0

Введение

В настоящее время возникла необходимость глубокого анализа причин, приведших к целесообразности совершенствования нормативно-правовой базы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС); содержания основных изменений в федеральном законодательстве и других нормативных правовых актах, регулирующих сферу обязательного медицинского страхования, а также оценка последствий этих изменений.

Это подтверждается опубликованием аналитического доклада «Оценка причин и последствий масштабных изменений в нормативно-правовом регулировании системы ОМС в 2021 г.», который посвящен анализу вступивших в силу с 01.01.2021 г. изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ, а также связанных с ним нормативных правовых актов.

Актуальность рассматриваемых проблем в настоящее время обусловлена не только новшествами в законодательном регулировании системы ОМС, но и новой ролью, которая отводится федеральным медицинским организациям, а также повышением оперативности реагирования системы ОМС в условиях вызовов, связанных с распространением коронавирусной инфекции COVID-19, новыми возможностями, предоставляемыми информатизацией и цифровизацией здравоохранения и другими факторами.

Цель исследования - выявить проблемы и определить перспективы формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В соответствии с поставленной целью необходимо выполнить следующие задачи:

- раскрыть теоретические основы формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- проанализировать особенности формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- определить рекомендации по совершенствованию формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Объект исследования – бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Предмет исследования – совокупность экономических и организационных отношений, возникающих в процессе формирования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС).

Методы исследования – группировка, статистическое наблюдение, сравнительный, горизонтальный и вертикальный анализ.

Информационную базу исследования составили данные официальной статистики, нормативно-правовые акты федерального значения, регулирующие функционирование практики медицинского страхования.

Бакалаврская работа состоит из введения, 3-х разделов, заключения, списка используемой литературы и используемых источников, 60 источников и 2 приложений. Общий объем работы, без приложений, 88 страниц машинописного текста, в том числе таблиц – 12, рисунков – 18.

1 Теоретические основы формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

1.1 Место медицинского страхования в действующей системе социальных гарантий в Российской Федерации

Страхование представляет собой систему правовых и экономических отношений по защите интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых премий (страховых взносов), а также иных средств страховщиков.

Страхование можно классифицировать по разным классификационным признакам (рисунок 1).



Рисунок 1 – Задачи ФФОМС

Основополагающая «функция страхования в современных условиях заключается в возмещении финансовых, а также материальных потерь физического или юридического лица, которые наступают вследствие различных болезней, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф и др.» [25, с. 4].

В Федеральном законе отмечено, что под «социальным страхованием в широком смысле понимают систему, обеспечивающую гражданам право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту, возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг. Следовательно, социальное страхование - это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца, смерть и др. Кроме того, социальное страхование обеспечивает финансирование профилактических и оздоровительных мероприятий, предоставляет социальные гарантии по случаю беременности и родов, рождения ребенка» [25, с. 4].

Первый нормативный акт в рамках медицинского страхования в России - Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г., с 1993 г. - Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [23, с. 15].

Согласно закону, медицинское страхование - это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

В Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» определяются «правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования в РФ. Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности органов государственной власти, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в условиях рыночной экономики и обеспечивает конституционное право граждан Российской Федерации на гарантированную (бесплатную) медицинскую помощь» [23, с. 19].

В широком смысле медицинское страхование - это новая форма правовых и экономических отношений в сфере здравоохранения, обеспечивающая сохранение и восстановление здоровья населения в условиях рыночной экономики. Система ОМС создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции РФ [8, с. 56].

Важно отметить, что «медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим ОМС, является Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон)» [28, с. 14].

Закон устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации, определяет средства ОМС в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений и закладывает основы системы страховой модели финансирования здравоохранения в стране.

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

В качестве субъектов и участников ОМС Законом определены: застрахованные лица, страхователи, ФФОМС, территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации.

В настоящее время реализацию государственной политики в сфере ОМС, кроме ФФОМС, осуществляют 86 территориальных фондов ОМС (далее – ТФОМС).

Следовательно, определение места медицинского страхования в действующей системе социальных гарантий в Российской Федерации

позволит перейти к исследованию особенностей механизма формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

1.2 Особенности механизма формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

ФФОМС был создан 24 февраля 1993 г. постановлением Верховного Совета РФ № 4543-1. ФФОМС существует с целью реализации законодательных норм, которые призваны регулировать оказание бюджетных медицинских услуг.

Спектр задач организации сформулирован в законодательных актах и представлен на рисунке 2.



Рисунок 2 – Задачи ФФОМС

Выполнение данных задач осуществляется в рамках всей деятельности фонда, и его основные функции сводятся к следующим (рисунок 3).

В Федеральном законе отмечено, что «во исполнение установленных функций ФФОМС осуществляет аккумуляцию финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы, выравнивание финансовых условий деятельности ТФОМС по базовой программе ОМС путем направления ТФОМС финансовых средств на выполнение территориальных

программ ОМС в рамках базовой программы ОМС, национальный проект «Здоровье», пилотный проект в субъектах РФ, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения» [23, с. 15].



Рисунок 3 - Функции ФФОМС

Важно подчеркнуть, что интересы государства заключаются не только в обеспечении эффективного лечения заболеваний, но и в реальном повышении уровня и качества здоровья населения.

В настоящее время главным документом, который регулирует ОМС, выступает Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [23, с. 2].

Закон гласит «ФФОМС функционирует на государственном уровне как самостоятельная некоммерческая организация, деятельность которой регулируется рядом федеральных законов, а также Налоговым и Бюджетным кодексами Российской Федерации» [23, с. 20].

Положение о Фонде утверждено 24 февраля 1993 г., а 29 июля 1998 г. вместо него принят устав. Согласно «действующему налоговому законодательству при выплате заработной платы работодатель обязан перечислить страховые взносы в три внебюджетных фонда» [23, с. 22]. (рисунок 4).

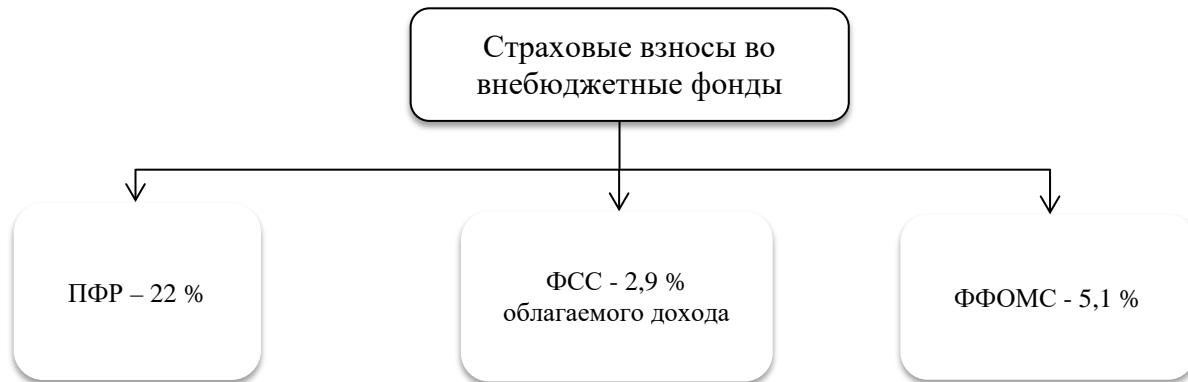


Рисунок 4 – Страховые взносы во внебюджетные фонды
(в процентах от облагаемого дохода сотрудника)

Следовательно, наполнение ФФОМС зависит непосредственно от количества работодателей на рынке. В условиях современной экономической ситуации число работодателей существенно варьирует, демонстрируя тенденцию снижения. Помимо этого, размер фонда заработной платы коррелирует с произвольными действиями работодателей, которые крайне

заинтересованы в предоставлении заниженных данных, преследуя цель – минимизацию затрат. При чем, это осуществляется при одновременном сокращении числа работоспособных граждан, значительного уровня заболеваемости населения, а также существующих проблем, связанных с управлением человеческого капитала в нашей стране [9, с. 23].

Подушевой норматив финансового обеспечения базовой программы ЛМС в 2020 г. составлял 12 669,2 руб., а в плановом периоде 2021 г. – 13 461,6 руб. Для выполнения обозначенных задач динамика размера субвенций в 2020 г. составляла 2 225,4 млрд. р., плановые значения на 2021 г. – 2 359,0 млрд. р. [39, с. 14].

На рисунке 5 показаны источники формирования бюджета ФФОМС.

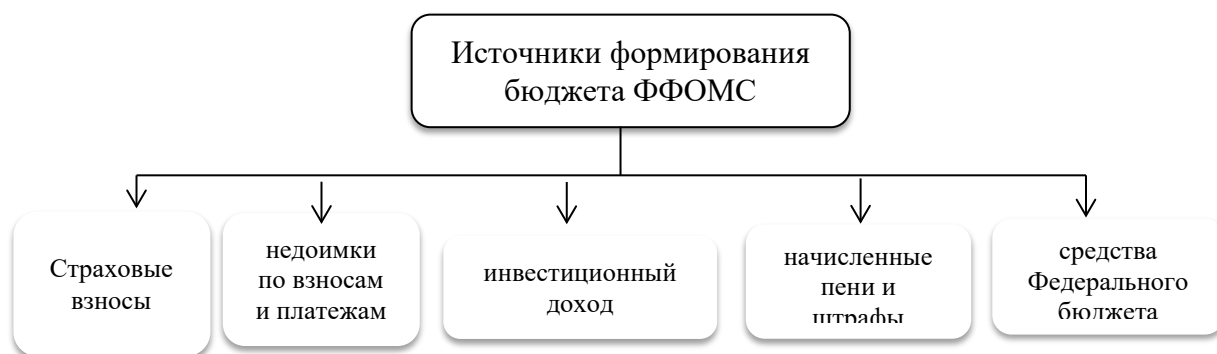


Рисунок 5 – Источники формирования бюджета ФФОМС

На рисунке 6 показаны финансовые отношения между фондами ОМС и иными субъектами и участниками ОМС. Согласно российскому законодательству «доходы бюджета ФФОМС обеспечиваются в основном поступлением страховых взносов на ОМС работающего населения и страховых взносов на ОМС неработающего населения. Страховые взносы уплачиваются в ФФОМС, который осуществляет руководство всей системой ОМС, а также распределяет финансовые средства по ТФОМС. ТФОМС выделяют и перечисляют средства на счет страховой медицинской организации либо филиала территориального фонда. Далее осуществляется распределение непосредственно по лечебно-профилактическим

учреждениям, которые расходуют данные финансовые средства на оплату медицинских услуг, для граждан, имеющих полис ОМС» [23, с. 28].



Рисунок 6 – Финансовые отношения между фондами ОМС и иными субъектами и участниками ОМС

Среди направлений деятельности ФФОМС важно отметить «целевые программы в области медицинского страхования. Такое финансирование достигает 10,5 % общих расходов ФФОМС, уступая лишь расходам, нацеленным на выравнивание деятельности территориальных фондов, составляющих 87 % от всех расходов» [9, с. 36].

В результате, ФФОМС, основанный в 1993 г., призван обеспечивать оказание бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и контролировать реализацию базовой программы ОМС. Кроме того, одной из главных функций фонда является распределение финансирования в территориальные фонды и медучреждения государства.

1.3 Зарубежный опыт медицинского страхования

Эффективность медицинского страхования доказана во всем мире. В развитых странах организация системы здравоохранения, которая основана на медицинском страховании, насчитывает несколько десятков лет.

Однако в Соединенных Штатах существует добровольная форма здравоохранения страхования. В Европе существует система, которая предусматривает обязательное медицинское страхование и в некоторой степени дополняется добровольными взносами.

Во многих странах, имеющих систему обязательного медицинского страхования (например, Германия, Израиль, Швейцария, Эстония), отсутствуют территориальные органы власти или же отдельные территориальные фонды, обладающие функциями посредника между основным фондом, аккумулирующим все финансовые средства ОМС, и организациями, осуществляющими непосредственную оплату (больничными кассами, страховыми медицинскими организациями).

Немецкая государственная система здравоохранения охватывает около 90 % жителей. Граждане как ЕС, так и не входящих в ЕС, работающие в Германии, подлежат обязательному государственному страхованию здоровья (известному как государственное страхование на случай болезни, или *gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) [15, с. 35].

В Германии действует ряд частных медицинских страховых компаний. К ним относятся крупные транснациональные страховые компании, а также местные немецкие провайдеры, предлагающие полные и дополнительные полисы. Перечень немецких медицинских страховых компаний представлен в таблице 1.

Жители могут сравнить частных поставщиков медицинского страхования в Германии и получить бесплатные котировки по специальному медицинскому страхованию со следующими инструментами из GKV и ПКА.

Таблица 1 - Перечень немецких медицинских страховых компаний

Название медицинской страховой компаний	Форма собственности
Allianz Care	частная
Cigna Global	частная
ARAG	частная
Оттонова	частная
DFV	частная

Взносы на социальное обеспечение Германии покрывают расходы на здравоохранение, и около 120 страховщиков отвечают за управление доступом к государственному здравоохранению. В 2019 г. отчисление государства на здравоохранение составляет 14,6 % от чистой прибыли.

Кроме того, государственные медицинские страховые компании Германии взимают дополнительную «ставку взносов», которая может колебаться из года в год в зависимости от расходов на здравоохранение. Ставка взноса варьируется между страховщиками (от 0,3 до 1,1 %), и она выплачивается работником в зависимости от процента от их дохода. Страховой фонд должен уведомлять о любых изменениях в размерах своих взносов [47, с. 154]. Каждый страховщик должен соблюдать минимальные государственные правила в области здравоохранения. Однако ставка дополнительных взносов является одним из факторов, которые следует учитывать при выборе немецкой страховой компании.

Немецкая система медицинского страхования в последние годы вынуждена сокращать расходы на здравоохранение. Сооплата увеличивалась за определенные виды лечения и лекарства; они, вероятно, увеличатся в будущем. В некоторых областях, таких как стоматологическое, ортодонтическое и оптическое лечение, государственная медицинская страховка покрывает лишь небольшую часть стоимости [54, с. 58].

Помимо более специализированных областей, политика штата в области здравоохранения охватывает большинство видов лечения. Это включает посещения терапевта, стационарное лечение (стационарное и

амбулаторное), лечение, рентген, отпуск по болезни в счет оплаты лечения и рецептурных лекарств. За каждый квартал года, когда жители обращаются за медицинской помощью, им необходимо будет внести единовременный платеж в размере 10 евро. Если им не требуется медицинская помощь, тогда не придется платить этот сбор.

В дополнение к взносам в размере 14,6 %, уплачиваемым за государственное здравоохранение, жители также должны присоединиться к государственной системе сестринского ухода. В 2019 г. ставка взноса начинается с 3,05 % от брутто-зарплаты или 3,3 %, если у вас нет детей, но не более 150 евро в месяц [54, с. 60].

Французское государственное медицинское страхование включает стационарное лечение в ближайшей больнице и амбулаторное лечение у врачей. В отношении ухода за беременными во Франции государственное медицинское страхование обычно покрывает основные расходы по беременности и родам. Однако могут потребоваться дополнительные расходы за оформление некоторых документов, связанных с родами. Если женщина решает рожать в частной больнице, ей следует проверить, покрывается ли это ее частной медицинской страховкой, и узнать, какие расходы придется заплатить за роды и уход за ребенком.

Представляет определенный интерес стоматологическая страховка во Франции. Если у человека есть государственная медицинская страховка в Франции, с большей вероятностью будут покрыты простые стандартные стоматологические процедуры (например, пломбирование, гигиена полости рта) или неотложная стоматологическая помощь [15, с. 120].

Это означает, что штат, скорее всего, будет предлагать только частичное покрытие основных стоматологических работ. Резиденты с частной страховкой должны пересмотреть свой план, чтобы узнать, какое стоматологическое страхование предлагается. В противном случае стоматологическая страховка в Франции является либо дополнением к плану медицинского страхования, либо отдельной формой страхования.

Стоматологическая страховка в Франции обычно недорогая. Это стоит около 10–20 евро в месяц, хотя лучшее покрытие или меньшая оплата повлечет за собой более высокие страховые взносы.

Государственное медицинское страхование Бельгии включает пособие по болезни, при этом работодатель выплачивает работнику заработную плату на срок до шести недель. В соответствии с установленным законом пособием по болезни выплачивается до 3176 евро в месяц до налогообложения. Если вы зарабатываете больше, подумайте о приобретении дополнительной страховки на случай болезни [15, с. 110].

С целью подачи заявления на государственное медицинское страхование работодатель обычно регистрирует сотрудника в региональной немецкой страховой компании. Если он работает не по найму, ему необходимо самостоятельно зарегистрироваться в немецкой страховой компании. Обычно это довольно простой процесс, который включает в себя передачу паспорта и вида на жительство в региональный офис и заполнение форм.

Есть много бельгийских страховых компаний и международных медицинских страховых компаний. Факторы, которые могут повлиять на решение, - это размер взноса страховщика, дополнительные услуги, простота контакта или доступность информации на английском языке. Как только житель Бельгии станет участником, его медицинская страховая компания выдаст карточку, которую нужно будет показывать каждый раз при посещении врача или специалиста.

В США примерно каждый десятый житель выбирает частное медицинское страхование. Рынок частного медицинского страхования контролируют около 340 компаний. В результате доступно множество пакетов для разных бюджетов. Есть ли право перейти из государственного фонда медицинского страхования в частный, во многом зависит от статуса занятости.

Если житель зарабатывает менее 60 750 долларов в год (или около 5 063 долларов в месяц), он должен оставаться в рамках установленной законом системы [15, с. 117].

На рисунке 7 представлены категории населения, которые могут выбрать государственную или частную страховку.



Рисунок 7 – Перечень категорий населения по выбору вида страховки

Переход в частный фонд не всегда целесообразен. Премии основаны на личных факторах, и цены растут с возрастом, рисками для здоровья и увеличением числа членов семьи. Если человек молод, у него мало проблем со здоровьем и достаточный доход, переход на частное страхование - хороший вариант. Однако, если есть серьезные проблемы со здоровьем и существуют проблемы с принятием в частную программу в США, жители могут выбрать *Basistarif* [43, с. 6].

Частное медицинское страхование в США в отличие от государственного медицинского страхования, частное страхование обычно не распространяется бесплатно на детей и партнеров. В дополнение к большему количеству специализированных процедур и лучшему размещению у жителей будет доступ к врачам, которые ограничивают свою практику только частными пациентами. Это сокращает время ожидания, и в этом случае не нужно вносить дополнительную доплату за лекарства [15, с. 105].

В то время как взносы в государственное медицинское страхование основываются на личном доходе, взносы в частное медицинское страхование

основываются на личном профиле риска. Это включает возраст и историю болезни пациента. Если пациент выбирает частный маршрут, то он, как правило, оплачивает услуги врача заранее, а затем запрашивает компенсацию позже. В отличие от государственной службы здравоохранения, есть вероятность остаться без средств на некоторое время после любого лечения.

Однако обычно жители получают полное возмещение, в отличие от государственного здравоохранения, где обычно оплачивается часть затрат. Как правило, можно выбрать уровень своей франшизы или вычета, при этом житель решает платить до определенной суммы каждый год за свое лечение.

Следовательно, зарубежный опыт медицинского страхования заслуживает огромного интереса и заимствования другими странами.

В первом разделе раскрыто место медицинского страхования в действующей системе социальных гарантий в Российской Федерации, охарактеризованы особенности механизма формирования средств ФФОМС, проанализирован зарубежный опыт медицинского страхования. Исследование теоретических основ формирования бюджета ФФОМС позволит проанализировать особенности формирования бюджета ФФОМС.

2 Анализ формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

2.1 Методика формирования средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Одними из основных принципов осуществления ОМС являются устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС, обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами.

В целях реализации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ФФОМС аккумулирует средства ОМС, управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС [28, с. 25].

Как было отмечено ранее, доходы бюджета ФФОМС обеспечиваются в основном поступлением страховых взносов на ОМС работающего населения и страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Обязанность по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения, размер страхового взноса на ОМС работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, с 1 января 2017 г. устанавливаются Налоговым кодексом Российской Федерации.

Для основной категории плательщиков страховые взносы на ОМС работающего населения уплачиваются исходя из тарифа страхового взноса в ФФОМС в размере 5,1 %, для «льготных» категорий плательщиков страховых взносов – исходя из пониженных тарифов страховых взносов, установленных статьей 427 Налогового кодекса Российской Федерации.

Страховые взносы на ОМС неработающего населения исчисляются, исходя из численности неработающих застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на 1 января года, предшествующего очередному, и тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения» [24, с. 12].

В целях формирования доходной части бюджета ФФОМС осуществляется по ряду направлений, представленных на рисунке 8.



Рисунок 8 – Направления формирования бюджета ФФОМС

В соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [23, с. 16] застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой: индивидуальные предприниматели, адвокаты, медиаторы, нотариусы, занимающиеся частной практикой и другие физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход", физические лица, поставленные на учет налоговыми органами в соответствии с пунктом 7.3 статьи 83 Налогового кодекса Российской Федерации, и иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой;

- 3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;
- 4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в местах их традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности;
- 5) неработающие граждане:
 - дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
 - неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
 - граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
 - безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
 - один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
 - трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
 - иные не работающие по трудовому договору, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Согласно статье 11 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» страхователями для работающих граждан, указанных в пунктах 1 - 4 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ [23, с. 36], являются:

- лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (организации, индивидуальные предприниматели, физические лица, не являющиеся индивидуальными предпринимателями);
- лица, не производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам.

В пункте 5 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ указано, что «страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации» [23, с. 44].

В соответствии со статьей 17 Федерального закона № 326-ФЗ [23, с. 44] страхователь обязан регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях ОМС, а также своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на ОМС.

Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для работающих граждан осуществляются в налоговых органах в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан осуществляются территориальными фондами ОМС в порядке, установленном приказом Минздравсоцразвития России от 23.12.2010 № 1168н (ред. от 01.12.2011) «Об утверждении Порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами ОМС».

Согласно статье 22 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [23, с. 8], обязанность по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения, размер страхового взноса на ОМС работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

Главным администратором доходов бюджета ФФОМС от уплаты страховых взносов на ОМС с 1 января 2017 г. является Федеральная

налоговая служба, до 1 января 2017 г. – Пенсионный фонд Российской Федерации.

Плательщики страховых взносов, не производящие выплаты в иные вознаграждения физическим лицам, уплачивает страховые взносы на ОМС в фиксированном размере. Порядок их исчисления и уплаты установлен статьями 430 и 432 Налогового кодекса Российской Федерации.

По вопросам уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения за отчетные (расчетные) периоды, истекшие до 1 января 2017 г. следует обращаться в отделения Пенсионного фонда Российской Федерации по месту постановки на учет, после 1 января 2017 г. – в налоговые органы по месту постановки на учет.

В соответствии с частью 2 статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ [23, с. 63] годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на ОМС неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на 1 января года, предшествующего очередному, и тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения» [24, с. 13].

В соответствии с частью 2 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ [23, с. 33] порядок и методика определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, в целях формирования бюджета Федерального фонда, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

А. А. Малышева подчеркивает, что «согласно Правилам определения численности застрахованных лиц, в целях формирования бюджета ФФОМС, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов ТФОМС, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от

09.11.2018 № 1337, численность застрахованных лиц, в том числе неработающих, определяется на основе данных персонифицированного учета в сфере ОМС» [10, с. 22].

Важная роль в процессе распределения денежных фондов ОМС отведена территориальным фондам ОМС, выступающим в качестве самостоятельных государственных социальных внебюджетных фондов. Сегодня функционируют 86 ТФОМС, которые располагаются на территории каждого субъекта РФ и в г. Байконуре.

Средства обязательного медицинского страхования, перечисляемые в качестве субвенций ТФОМС для оплаты медицинской помощи, рассчитываются с учетом численности населения и коэффициентов дифференциации. Однако дальнейшее распределение средств для непосредственной оплаты медицинской помощи осуществляется комиссией по разработке территориальной программы ОМС, на основе решений которой определяются объемы помощи, предоставляемой той или иной медицинской организацией. Решения и действия таких комиссий в субъектах РФ не всегда эффективны, но оспорить их достаточно сложно. По результатам экспертно-аналитической работы Счетной палаты РФ также выявлены пробелы в работе таких комиссий.

Важно отметить, что «тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа страхового взноса в размере 18 864,6 рубля, коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг. Указанные коэффициенты определяются согласно приложению к Федеральному закону № 354-ФЗ и ежегодно устанавливаются федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период» [24, с. 30].

Главными администраторами доходов бюджета ФФОМС от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения являются ТФОМС.

Страхователи для неработающих граждан ежеквартально в срок не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в ТФОМС по месту своей регистрации расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.04.2013 № 182н.

В статье 25 Федерального закона № 326-ФЗ указано, что «в случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения в срок не позднее 28-го числа текущего календарного месяца страхователь самостоятельно начисляет пени на всю сумму недоимки за период просрочки в порядке, установленном» [23, с. 55].

Пени уплачиваются одновременно с уплатой сумм страховых взносов на ОМС неработающего населения или после уплаты таких сумм в полном объеме, а в случае их неуплаты страхователями в добровольном порядке ТФОМС обеспечивают их взыскание в судебном порядке.

Статьями 18 и 25 Федерального закона № 326-ФЗ [18, с. 44] за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании предусмотрены следующие виды ответственности:

- нарушение страхователями для неработающих граждан срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета в ТФОМС - штраф в размере пяти тысяч р.;

- отказ в представлении или непредставление в установленный срок страхователями для неработающих граждан в ТФОМС документов или копий документов, предусмотренных Федеральным законом № 326-ФЗ и (или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ [23, с. 20], - штраф в размере 50 р. за каждый непредставленный документ;

- непредставление страхователем в установленный Федеральным законом № 326-ФЗ [23, с. 21] срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения по месту учета в

территориальном фонде ОМС - штраф в размере двух процентов суммы страховых взносов на ОМС неработающего населения, подлежащей уплате или доплате на основе этого расчета, за каждый полный или неполный месяц со дня, установленного для его представления, но не более пяти процентов указанной суммы и не менее одной тысячи р.;

- неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов на ОМС неработающего населения в результате неправильного исчисления этих страховых взносов - штраф в размере двадцати процентов неуплаченной суммы страховых взносов.

Уплата штрафа не освобождает страхователя от выплаты суммы неуплаченных страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Направления финансово-экономической деятельности ФФОМС представлены на рисунке 9.

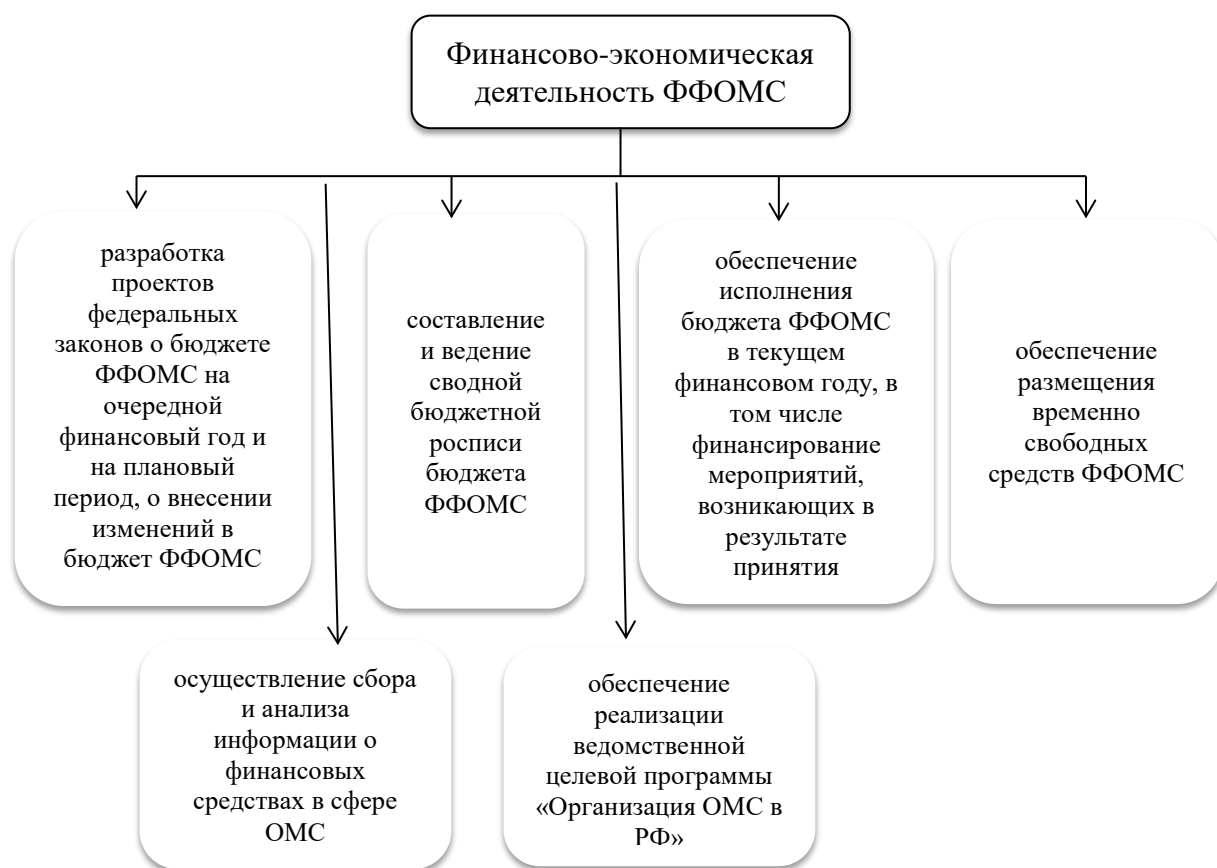


Рисунок 9 – Финансово-экономическая деятельность ФФОМС

В случае выявления указанных нарушений должностные лица ФФОМС или ТФОМС составляют акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании по форме, утвержденной приказом ФФОМС от 01.12.10 № 229 «Об утверждении акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании», рассматривают дела о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и налагают штрафы в соответствии с Порядком рассмотрения дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложения штрафов должностными лицами ФФОМС и ТФОМС, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1174н (ред. от 08.12.2016) [6, с. 145].

Штрафы, начисленные в соответствии с указанными статьями, зачисляются в бюджет ФФОМС. Согласно законодательству Российской Федерации, с 1 января 2017 г. главным администратором доходов бюджета ФФОМС от уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения является Федеральная налоговая служба.

Оценка методики формирования средств ФФОМС позволит перейти к анализу его бюджета за 2017-2020 гг. по доходам.

2.2 Оценка бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2017-2020 гг. по доходам

С целью оценки бюджета ФФОМС целесообразно подчеркнуть, за счет каких источников происходит его формирование: «юридических лиц, выплачивающих страховые взносы за граждан, которые у них числятся как официально устроенные; бюджетов различного уровня, выплачивающих взносы за неработающих граждан (пенсионеров, несовершеннолетних, безработных); взносов, уплачиваемых населением добровольно (спонсорство, различные пожертвования и пр.); деятельности самого Фонда по размещению временно свободных денежных средств в качестве инвестиций» [23, с. 47].

В таблице 2 приведены данные об исполнении бюджета ФФОМС РФ за период 2017-2020 гг.

Таблица 2 – Данные об исполнении бюджета ФФОМС, млрд. р.

Показатели	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп роста, %	Абсолютное отклонение (2020 г. к 2019 г.)	Темп прироста (2020 г. к 2019 г.), %
Доходы	1737,16	1895,92	2098,17	2367,23	136,3	269,06	12,8
в том числе страховые взносы	1705,68	1862,20	2019,19	2120,49	121,1	101,30	5
Расходы	1654,99	1988,54	2190,42	2368,61	143,1	187,19	8,1
Дефицит (-) / профицит (+)	82,17	-92,62	-92,25	-1,38	101,7	90,87	-212,7

Данные таблицы 2 показывают, что за исследуемый период произошел рост показателей дохода на 36,3 % и расхода на 43,1 %, дефицит Фонда вырос на 41,9 %. В 2020 г. по сравнению с 2019 г. темп прироста доходов ФФОМС составил 12,8 %, расходов – 8,1 %. С 2018 г. бюджет Фонда стал дефицитным.

В таблице 3 приведена динамика доходов ФФОМС за период 2017-2020 гг.

С 2009 г. работодатели выплачивают взносы страхового возмещения в размере 5,1 % (для формирования ФФОМС – 2,1 %, территориальных – 3 %).

Прирост доходов ФФОМС за период 2017-2020 гг. составил 630,07 млрд. р., наибольший прирост приходится на межбюджетный трансферт бюджету ФФОМС (800,7 %). Страховые взносы на ОМС выросли на 414,15 млн. р., или на 24,3 %.

Таблица 3 – Показатели динамики доходов ФФОМС, млрд. р.

Показатели	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Абсолютное отклонение (2020 г. к 2017 г.)	Темп прироста (2020 г. к 2017 г.), %
Доходы	1737,16	1895,92	2098,0	2367,23	630,07	36,3
из них:	1705,75	1862,20	2019,0	2119,9	414,15	24,3
страховые взносы на ОМС						
работающего населения	1086,99	1181,4	1299,9	1349,1	262,11	24,1
неработающего населения	618,7	661,63	719,1	743,8	125,1	20,2
Межбюджетные трансферты из федерального бюджета	27,39	32,19	79,0	246,7	219,31	800,7

Динамика изменения доходов бюджета Федерального фонда за 2017-2020 гг. характеризуется следующими данными (рисунок 10).

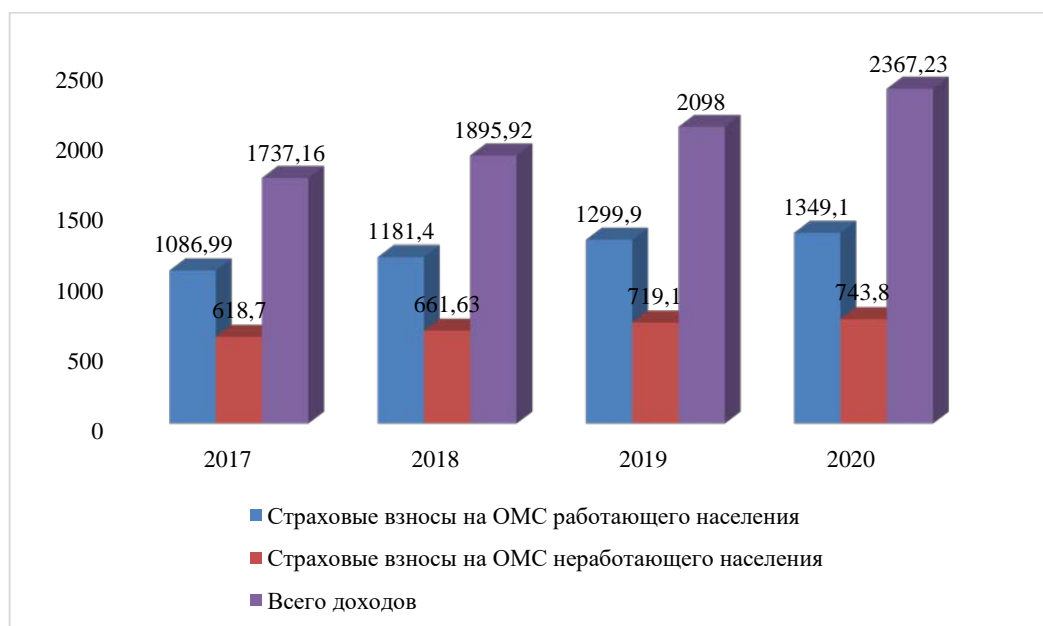


Рисунок 10 – Динамика изменения доходов бюджета ФФОМС, млрд. р.

Финансовая деятельность ФФОМС в 2019 г. осуществлялась в соответствии с Федеральным законом от 28 ноября 2018 г. № 433-ФЗ «О бюджете ФФОМС на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.» (далее – Федеральный закон № 433-ФЗ) [21, с. 36].

Прогнозируемый общий объем доходов бюджета Федерального фонда на 2019 г. утвержден в сумме 2 098 026 849,7 тыс. р., в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 78 981 778,9 тыс. р. и представлен в таблице 4 [21, с. 25].

Основную часть доходов (96,2 % от общего объема) планировалось обеспечить поступлениями страховых взносов на ОМС работающего населения (1 299 873 833,1 тыс. р.) и страховых взносов на ОМС неработающего населения (719 125 850,3 тыс. р.). Фактическое исполнение бюджета Федерального фонда по доходам в 2019 г. 100 % и выше [23, с. 44].

Таблица 4 – Фактическое исполнение бюджета ФФОМС по доходам в 2019 г., млрд. р.

Показатели	Утверждено ФЗ от 28.11.2018 г. № 433-ФЗ	Исполнено за 2019 г.	% исполнения
Доходы	2 098,0	2214,0	101,2
из них:			
Страховые взносы на ОМС:	2019,0	2043,0	101,2
работающего населения	1299,9	1322,9	101,8
неработающего населения	719,1	720,1	100,1
Трансферты из федерального бюджета:	79,0	79,0	100,0
на компенсацию выпадающих доходов	9,0	9,0	100,0
на финансовое обеспечение оказания помощи больным с онкологическими заболеваниями	70,0	70,0	100,0
Прочие поступления	0,0	1,6	

Численность лиц, застрахованных по ОМС, представленная в таблице 5, по состоянию на 1 января 2019 г. составила 146,3 млн. человек, из них: работающих – 66,3 млн. человек (45,4 % от общей численности застрахованных), неработающих – 80,0 млн. человек (54,6 %).

Таблица 5 – Численность застрахованных лиц, млн. человек

Показатели	2018 г.	2019 г.	Отклонение	
			абс.	%
Численность застрахованных лиц, всего	146,4	146,3	-0,1	100,0
в том числе:				
работающих	61,4	66,3	+4,9	108,1
неработающих	85,0	80,0	-5,0	94,1

На рисунке 11 приведены данные страховых медицинских организаций, занимающие лидирующие позиции в рейтинге по числу обслуживаемого населения от общего количества застрахованных лиц.

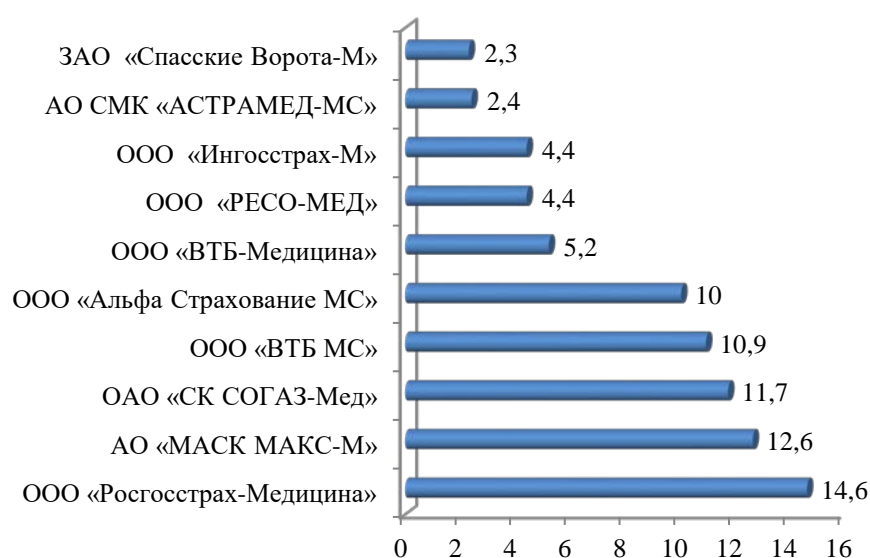


Рисунок 11 – Рейтинг СМО на 2020 г., %

Согласно законодательству «время в государственном здравоохранении выделяют три источника финансирования: средства ОМС, бюджеты регионов и федеральный бюджет. Из этих трех источников и складывается государственное финансирование здравоохранения, в частности программа государственных гарантий - оказание бесплатной медицинской помощи» [23, с. 21].

Бюджет Федерального фонда по доходам исполнен в сумме 2 123 987 879,5 тыс. р. (101,2 % от утвержденного объема), который сформирован в основном за счет страховых взносов на ОМС в сумме 2 042 974 860,3 тыс. р.

(96,2 % от общего объема доходов), в том числе страховых взносов на ОМС работающего населения – 1 322 864 824,4 тыс. р. (62,3 %); страховых взносов на ОМС неработающего населения – 720 110 035,9 тыс. р. (33,9 %); межбюджетных трансфертов из федерального бюджета – 78 981 778,9 тыс. р. (3,7 %); прочих налоговых и неналоговых доходов – 2 031 240,3 тыс. р. (0,1 %)» [21, с. 35].

В структуре доходов ФФОМС в 2018 г., представленной на рисунке 12, наибольший удельный вес приходится на страховые взносы от работающего населения – 63 % и на страховые взносы от неработающего населения – 35 % [20, с. 27].

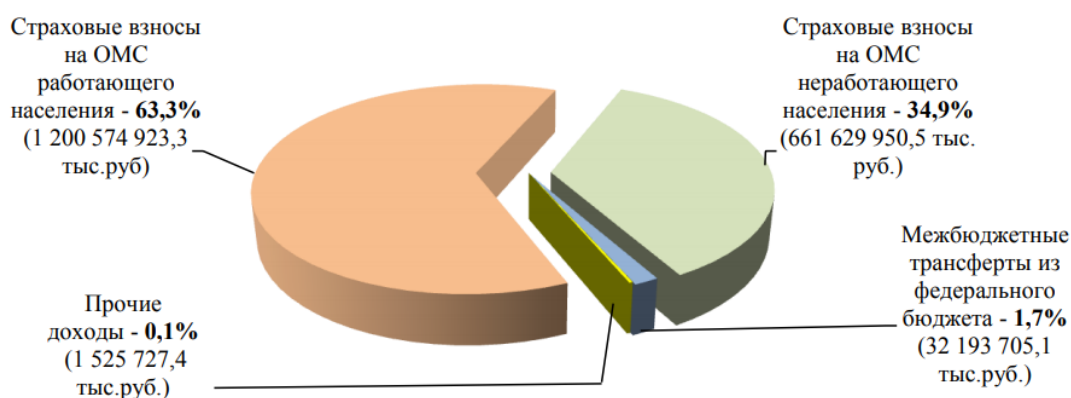


Рисунок 12 – Структура доходов бюджета ФФОМС в 2018 г.

Аналогичная картина, представленная на рисунке 13, сохранилась и в 2019 г.: в структуре доходов ФФОМС в 2019 г. наибольший удельный вес приходится на страховые взносы от работающего населения – 62 % и на страховые взносы от неработающего населения – 34 % [21, с. 26].

Фактический размер страховых взносов на ОМС в расчете на одного застрахованного работающего гражданина в среднем по Российской Федерации в 2019 г. составил 19 929,8 р., или 102,0 % к уровню 2018 г. (19 544,1 р.), на одного застрахованного неработающего гражданина – 9 007,8 р., или 115,6 % (7 789,1 р.) [21, с. 27].

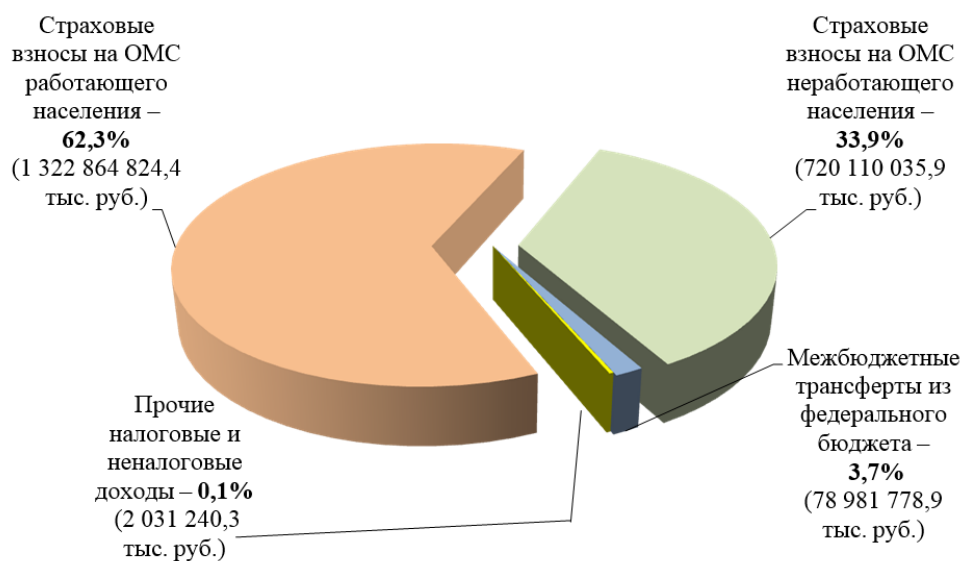


Рисунок 13 – Структура доходов бюджета ФФОМС в 2019 г.

Бюджет ФФОМС на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг. утвержден Федеральным законом от 2 декабря 2019 г. № 382-ФЗ «О бюджете ФФОМС на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг.» (далее – Федеральный закон № 382-ФЗ) [22, с. 14].

С. Г. Комаров подчеркивает, что «ФФОМС в 2020 г. организовывал деятельность по исполнению бюджетных полномочий главного распорядителя бюджетных средств в условиях распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и связанных с ней особенностей изменения нормативных правовых актов в части принимаемых государством мер поддержки отдельных категорий налогоплательщиков и обеспечения финансовой стабильности медицинских организаций» [7, с. 10].

Фактическое исполнение бюджета ФФОМС по доходам в 2020 г. представлено в таблице 6.

За 2020 г. в бюджет ФФОМС поступили доходы в размере 2392693,0 млн. р., или 101,1 % прогнозируемого годового объема (2367232,5 млн. р.),

что аналогично соответствующему показателю 2019 г. (101,2 %). Основную часть доходов (89,1 %) составили страховые взносы на ОМС. На фоне карантинных мер показатели хода исполнения бюджета ФФОМС в отчетном периоде в целом сопоставимы с аналогичными показателями 2019 г.

Таблица 6 – Фактическое исполнение бюджета ФФОМС по доходам в 2020 г., млрд. р.

Показатели	Утверждено ФЗ от 02.12.2019 г. № 382-ФЗ	Исполнено за 2020 г.	% исполнения
Доходы	2367,23	2392,69	101,1
из них:			
Страховые взносы на ОМС:	2119,9	2132,8	100,6
работающего населения	1349,1	1360,8	101,6
неработающего населения	743,8	743,8	100,0
Трансферты из федерального бюджета:	246,7	247,7	100,4
на компенсацию выпадающих доходов	11,96	11,96	100,0
на финансовое обеспечение оказания помощи больным с онкологическими заболеваниями	120,0	120,0	100,0

Оценка Федерального закона «О бюджете ФФОМС на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг.» свидетельствует о том, что «поступления от страховых взносов на ОМС за 2020 г. составили 2132755,7 млн р., или 100,6 % прогнозируемого годового объема (2119928,7 млн р.), что ниже соответствующего показателя 2019 г. (101,2 %), из них поступления от плательщиков страховых взносов на ОМС работающего населения, зачисляемые в бюджет ФФОМС исходя из процентной ставки тарифа страхового взноса, составили 1360837,2 млн р., или 100,9 % прогнозируемого годового объема (1349056,5 млн р.), что ниже соответствующего показателя 2019 г. (101,6 %) на 0,7 процентного пункта; поступления от страховых взносов на ОМС работающего населения в фиксированном размере составили 28069,5 млн р., или 103,9 % прогнозируемого годового объема (27027,4 млн р.), что ниже соответствующего показателя 2019 г. (109,6 %) на 5,7 процентного пункта» [16, с. 34].

Анализ ФЗ показал, что «совокупная задолженность по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения, а также по пеням и штрафам, зачисляемым в бюджет ФФОМС, на 1 января 2021 г. составила 76886,7 млн р. С начала года указанная задолженность увеличилась на 5525,0 млн р., или на 7,7 %. Из общей суммы задолженности по состоянию на 1 января 2021 г. 42,7 % составляет задолженность, образовавшаяся до 1 января 2017 г., когда администратором страховых взносов на ОМС являлся Пенсионный фонд Российской Федерации. Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения в размере 18864,6 рубля, коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемых федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период». Размер поступлений в бюджет ФФОМС страховых взносов на ОМС неработающего населения за 2020 г. составил 743849,0 млн. р., или 100,0 % прогнозируемого показателя (743844,8 млн. р.), что аналогично соответствующему показателю 2019 г. (100,1 %). [16, с. 38].

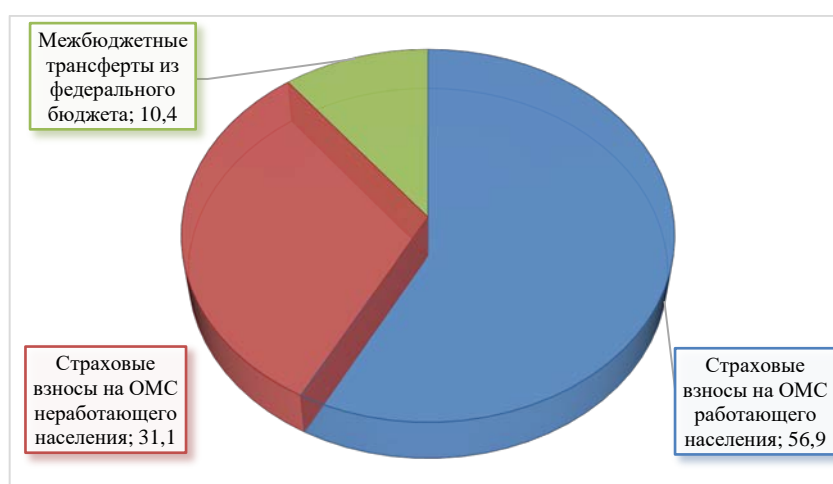


Рисунок 14 – Структура доходов бюджета ФОМС в 2020 г., %

В структуре доходов ФФОМС в 2020 г., представленной на рисунке 14, наибольший удельный вес приходится, как и в 2018-2019 гг., на страховые взносы от работающего населения – 57 % и на страховые взносы от неработающего населения – 31 %.

Далее представлена оценка деятельности базы практики - Страхового публичного акционерного общества «Ингосстрах» в области ОМС. «Ингосстрах» - одна из ведущих компаний на рынке, где можно оформить страховку. СК обеспечивает клиентам качественное обслуживание и высокий уровень сервиса. Отличительные особенности страхования в компании приведены на рисунке 15.



Рисунок 15 – Источники формирования бюджета ФФОМС

О. Н. Ефимова отмечает, что «в «Ингосстрах» гарантирует доступ к качественным медицинским услугам на территории всей страны, а специалисты компании при необходимости берут на себя вопрос урегулирования проблемных ситуаций. Страхователи предъявляют полис при обращении в необходимое медучреждение и получают диагностические,

лечебные, профилактические и консультационные услуги, которые оговорены в условиях предоставления врачебной помощи по системе ОМС» [6, с. 18].

Чтобы получить полис ОМС в «Ингосстрах», заявитель должен предоставить следующие документы:

- документ, удостоверяющий личность. Для гражданина, достигшего 18-летнего возраста, таким документом становится паспорт. Если лицу, которое должно быть застраховано, меньше 14 лет, страхование происходит на основании свидетельства о рождении;

- СНИЛС, если он имеется в наличии;

- при оформлении полиса ОМС для ребенка родитель или опекун должен предъявить свой паспорт;

- вид на жительство или разрешение на временное проживание для иностранных граждан. Также в некоторых случаях понадобится отрывная часть бланка уведомления о прибытии и трудовой договор;

- доверенность, если получить страховку нужно для другого человека.

Как показано на рисунке 6, количество обслуживаемого населения от числа застрахованных страны, размещённом на официальном сайте ФФОМС в 2020 г., в СПАО «Ингосстрах» составило 4,4 %.

В приложениях Б, В и Г приведены данные бухгалтерской отчетности СПАО. Данные бухгалтерского баланса и отчета о финансовых результатах показывают благоприятную тенденцию - рост финансовых показателей (приложения Б и В). В приложении Г приведены показатели размеров поступлений, связанных с ОМС, в СПАО «Ингосстрах» за 2017-2020 гг. В 2017 г. поступления, связанные с ОМС, «составили 75 656 млн. р., в 2018 г. – 75 656 млн. р., в 2019 г. – 83 703 млн. р., в 2020 г. – 102 904 млн. р. За исследуемый период рост поступлений, связанных с ОМС, СПАО «Ингосстрах» составил 27248 млн. р. (или 36 %)» [39, с. 44].

На рисунке 16 представлен рейтинг 5 страховых медицинских организаций в Оренбургской области.

Лидирующие позиции занимает ОФ АО «СК «СОГАЗ-Мед» - 31 % застрахованных граждан, второе и третье место разделили Филиал ООО «РГС - Медицина» в Оренбургской области и Филиал «Оренбург-РОСНО-МС» АО «РОСНО-МС» - по 22,5 % застрахованных.

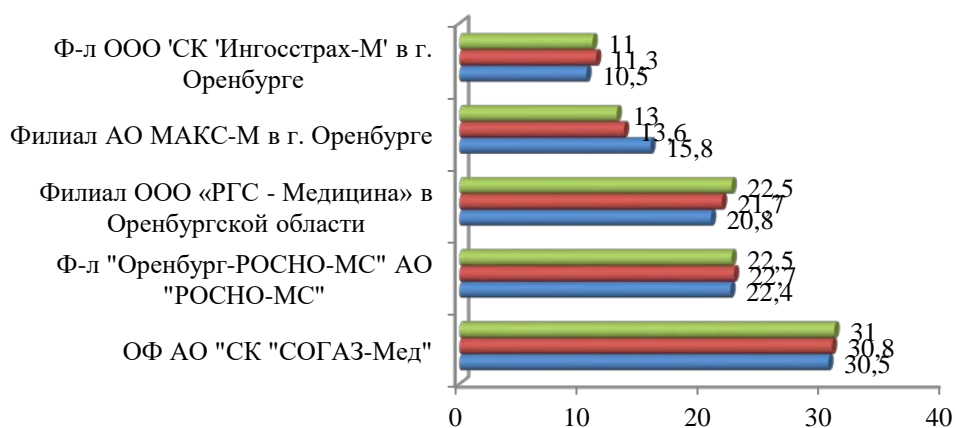


Рисунок 16 – Рейтинг страховых медицинских организаций в Оренбургской области за 2018-2020 г., %

В таблице 7 приведены данные по ОМС в СПАО «Ингосстрах» за 2018-2020 гг.

Таблица 7 – Данные по ОМС в СПАО «Ингосстрах» за 2018-2020 гг.

Показатели	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2020 г. в % к 2018 г.
Численность застрахованного по ОМС населения (человек) всего, в том числе:	2 089	2 077	2 068	99,0
работающее население	760	746	747	98,3
неработающее население	1 329	1 331	1 321	99,4
Размер страхового взноса на ОМС неработающего населения, перечисляемого из бюджета Оренбургской области (млн р.)	9 616,4	9 625,1	10 245,0	106,5
Размер страхового взноса на ОМС на 1-го неработающего (руб.)	7 230,8	7 230,8	7 758,6	107,3

Оценка организации ОМС в СПАО «Ингосстрах» показала, что «численность застрахованных граждан по ОМС в данной организации в 2020 г. составила 2 068 человек (работающих - 36,2 % от общей численности застрахованных, неработающих – 63,8 %). Размер страхового взноса на ОМС

на 1-го работающего в 2020 г. составил 10 245,0 р. (прирост 6,5 % по сравнению с 2018 г.), а на 1-го неработающего – 7 758,6 р. (прирост 7,3 % по сравнению с 2018 г.)» [39, с. 48].

Виды и объемы предоставляемой гражданам Оренбургской области на бесплатной основе медицинской помощи ежегодно устанавливаются «территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи, утверждаемой Правительством Оренбургской области. Нормативы финансовых затрат формируются за счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета и средств территориального фонда ОМС» [52, с. 38].

Следовательно, «ФФОМС в России имеет свои особенности и весьма отличается от классических представлений о ведении страховой деятельности, в связи с чем предлагаются следующие направления реформирования деятельности ФФОМС:

- в условиях имеющихся проблем с финансированием оказания медицинской помощи следует переводить финансовое обеспечение здравоохранения на систему медико-социального софинансирования, то есть предлагается часть бремени расходов в системе здравоохранения переложить на плечи граждан;

- для оптимизации расходования финансовых ресурсов в системе ОМС целесообразно упразднить страховые медицинские организации, передав при этом их нынешние функции фондам ОМС;

- если страховым случаем в ОМС является заболевание, то страховые выплаты должны компенсировать затраты на лечение этого заболевания, но только на эффективное лечение;

- следует пересмотреть порядок наложения и объем штрафных санкций к медицинским организациям со стороны страховщиков» [52, с. 38].

2.3 Основные характеристики формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021-2023 гг.

Параметры бюджета Федерального фонда рассчитаны в соответствии с основными макроэкономическими параметрами «Прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2021 г. и на плановый период 2022 и 2023 гг., разработанного Минэкономразвития России (далее – Прогноз Минэкономразвития, Прогноз).

Прогноз Минэкономразвития разработан в двух вариантах – базовом и консервативном. Базовый вариант описывает наиболее вероятный сценарий развития российской экономики с учетом ожидаемых внешних условий и принимаемых мер экономической политики.

Консервативный вариант основан на предпосылке о менее благоприятной санитарно-эпидемиологической ситуации в мире, затяжном восстановлении мировой экономики и структурном замедлении темпов ее роста в среднесрочной перспективе из-за последствий распространения новой коронавирусной инфекции.

В прогнозе, датированном 23 сентября 2020 г., как в базовом, так и в консервативном вариантах «вторая волна» новой коронавирусной инфекции не предполагалась. В связи с этим проект бюджета ФФОМС был рассчитан по базовому варианту. Однако достаточно сложная экономическая ситуация, обусловленная возникновением «второй волны» коронавирусной инфекции, пока не вынуждает государство пойти по консервативному сценарию. Тем не менее, (что отмечается и в самом Прогнозе) «вторая волна», остается ключевым источником риска для параметров прогноза.

Основные характеристики бюджета ФФОМС представлены в таблице 8.

Таблица 8 - Основные показатели бюджета ФФОМС на 2021 г., млн. р.

Показатели	2020 г. (утверждено)	2021 г. (утверждено)	2022 г. проект	2023 г. проект
Остатки на начало года	14 561,2	13 073,2	1 498,5	35,5
Всего доходов	2 367 232,5	2 533 798,5	2 656 525,1	2 798 771,0
Всего расходов	2 368 610,9	2 545 373,2	2 657 988,1	2 798 771,4
Дефицит (-), профицит (+)	-1 378,4	-11 574,7	-1 463,0	-0,5
Остатки на конец года	13 182,8	1 498,5	35,5	35,0

Основные параметры бюджета ФФОМС на ближайшие годы установлены Федеральным законом от 08.12.2020 г. № 391-ФЗ «О бюджете ФФОМС на 2021 г. и на плановый период 2022 и 2023 гг.» [22, с. 35]. В 2021-2023 гг. расходы ФФОМС превысят его доходы. В 2021 г. дефицит бюджета составит 11,57 млрд. р., в 2022 г. - 1,46 млрд. р. Ожидается, что «в 2023 г. дефицит бюджета будет сведен к минимуму. Бюджет ФФОМС на 2021 г. и на плановый период 2022 и 2023 гг. будет сбалансирован за счет переходящих остатков. Однако, начиная с 2024 г., этот источник погашения дефицита будет практически исчерпан. Общий объем доходов на 2021 г. планируется в сумме 2 533,8 млрд. р., на 2022 г. - 2 656,5 млрд. р., на 2023 г. - 2 798,8 млрд. р.» [23, с. 20].

Основным источником формирования доходной части бюджета являются страховые взносы на ОМС. На их долю приходится более 80 % всех доходов бюджета ФФОМС. Дополнительным значимым источником дохода ФФОМС являются межбюджетные трансферты из федерального бюджета. В качестве одного из дополнительных источников финансирования системы ОМС (а также компенсации выпадающих доходов) выступают межбюджетные трансферты в бюджет ФФОМС из федерального бюджета. В таблице 9 представлены межбюджетные трансферты из федерального бюджета в бюджет ФФОМС.

Таблица 9 - Межбюджетные трансферты из федерального бюджета в бюджет ФФОМС, млн. р.

Показатель	2020 г. (утверждено)	2021 г. (утверждено)	2022 г. проект	2023 г. проект
Межбюджетные трансферты из федерального бюджета, всего, в том числе:	246 742,1	293 073,3	293 512,4	295 496,9
- на компенсацию выпадающих доходов в связи с пониженными тарифами страховых взносов	11 956,2	35 475,0	37 924,1	40 581,0
- на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями	120 000,0	140 000,0	140 000,0	140 000,0
- на обеспечение нестраховых расходов (ВМП вне базовой программы ОМС и родовой сертификат)	114 760,1	117 558,9	115 588,2	114 915,8
- на компенсацию выпадающих доходов по самозанятому населению	25,8	39,4	0,0	0,0

В бюджете Фонда предусматриваются межбюджетные трансферты из федерального бюджета на 2021 г. в размере 293,1 млрд. р., на 2022 г. - 293,5 млрд. р., на 2023 г. - 295,5 млрд. р. [23, с. 45].

Расходы бюджета ФФОМС в 2021 г. составят 2 545,4 млрд. р., в 2022 г. - 2 658,0 млрд. р.; в 2023 г. - 2 798,8 млрд. р.

Распределение расходов по отдельным направлениям характеризуется данными, представленными в таблице 10 [23, с. 55].

Таблица 10 - Основные характеристики расходов бюджета ФФОМС, млн. р.

Показатель	2020 г. (утверждено)	2021 г. (утверждено)	2022 г. проект	2023 г. проект
Всего расходов, в том числе:	2 368 610,9	2 545 373,2	2 657 988,1	2 798 771,4
Финансовое обеспечение базовой программы ОМС	2 225 430,0	2 276 824,5	2 384 428,2	2 518 963,2
Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС	103 092,0	109 690,3	108 190,3	108 190,3
Средства, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации (родовой сертификат)	16 668,2	13 326,0	12 855,3	12 182,9
Изготовление полисов ОМС	1 325,4	1 325,4	1 325,4	1 325,4
Нормированный страховой запас	21 058,4	143 289,1	150 229,2	157 144,0
Финансовое и материально-техническое обеспечение ФФОМС, всего	1 036,9	918,0	959,7	965,7

Далее целесообразно выполнить оценку субвенций территориальным фондам ОМС. Доля средств бюджета ФОМС, которая пошла на субвенции, передаваемые в субъекты Российской Федерации, составила в 2017 г. всего 88,6 %, в 2018 г. - 93,8 % от общей величины расходов бюджета ФОМС, а в 2019 и 2020 гг. – %. В целом, наблюдалась положительная тенденция.

В структуре же расходов бюджета ФОМС 2021 г. на долю субвенций приходится около 89,4 %. В бюджете ФОМС предусмотрена субвенция для распределения по субъектам Российской Федерации в размере: на 2021 г. - 2 276,8 млрд. р., на 2022 г. - 2 384,4 млрд. р., на 2023 г. - 2 519,0 млрд. р.

Для сравнения: в бюджете ФОМС предыдущего года были предусмотрены субвенции территориальным фондам ОМС на 2020 г. в сумме 2 225,4 млрд. р., на 2021 г. - 2 359,0 млрд. р., на 2022 г. - 2 487,2 млрд. р. По сравнению с предыдущим годом прирост субвенции в 2021 г. составит 51,4 млрд. р., или 2,3 %, в 2022 г. - 107,6 млрд. р. (4,7 %), в 2023 г. - 134,6 млрд. р. (5,6 %).

Следовательно, размер субвенций на 2021 оказался больше, чем в 2020 г., но меньше, чем планировалось на 2021 г. в предыдущем бюджете ФФОМС, что связано с тем, что субъекты Российской Федерации (территориальные фонды) в общем случае не будут возмещать расходы федеральным медицинским организациям при оказании ими специализированной медицинской помощи.

В последние годы (включая 2020) субвенции росли гораздо более высокими темпами, чем ожидаемый уровень инфляции (по данным Центробанка в 2020 г. составил 4,91 %), что является положительным фактором. опережение темпов роста расходов над темпами роста доходов бюджета ФФОМС - это сложившаяся практика и одна из причин наличия дефицита бюджета ФФОМС, размеры которого уже были показаны выше.

При этом следует отметить, что Постановлением Правительства РФ от 4 сентября 2012 г. № 882 внесены изменения в Постановление Правительства РФ от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и

расходования субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования». Это связано с изменением порядка финансового обеспечения федеральных медицинских организаций. В частности, с 2021 г. размер субвенции определяется при помощи дополнительного коэффициента - К_иФГУ - коэффициента корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе ОМС для конкретного субъекта Российской Федерации в году, предшествующем году, в котором рассчитывается субвенция на очередной финансовый год, по сведениям ФФОМС

Это означает, что произошло перераспределение субвенций между субъектами Российской Федерации: те из них, которые имеют на своей территории большее число федеральных медицинских организаций, получают меньший размер субвенций (в относительном и/или в абсолютном выражении), поскольку не будут оплачивать специализированную медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с утверждаемым перечнем – эти расходы взял на себя ФФОМС.

Далее целесообразно отметить «еще один важный индикатор бюджета ФОМС - нормированный страховой запас. Так, «если в 2016 г. он составлял 1,8 млрд. р., то в 2017 г. был запланирован в объеме 76 млрд. р., а в 2018 г. средства нормированного страхового запаса были зарезервированы в сумме 2,8 млрд. р. Законом о бюджете ФОМС на 2019 -2021 гг. предлагалось зарезервировать в бюджете ФОМС средства нормированного страхового запаса в сумме 3,1 млрд. р. ежегодно» [39, с. 20].

Следует подчеркнуть, что «Законом о бюджете на 2020-2022 гг. предлагалось зарезервировать в бюджете Фонда средства нормированного страхового запаса на 2020 г. в сумме 21,1 млрд. р., на 2021 г. - 29,7 млрд. р., на 2022 г. - 38,3 млрд. р. Законом о бюджете ФОМС на 2021-2023 гг. предлагается зарезервировать в бюджете ФОМС средства нормированного

страхового запаса на 2021 г. в сумме 143,3 млрд. р., на 2022 г. - 150,2 млрд. р., 2023 г. - 157,1 млрд. р.» [17, с. 36].

Приведенные «средства по решению ФОМС будут направляться:

- в целях устранения кадрового дефицита врачей и среднего медицинского персонала на предоставление бюджетам ТФОМС межбюджетных трансфертов для формирования нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204);

- на предоставление бюджетам ТФОМС межбюджетных трансфертов для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения (в соответствии с поручениями Правительства Российской Федерации от 23 апреля 2019 г. № ДМ-П14-3355, от 26.04.2019 № ТГ-П12-3549);

- на увеличение бюджетных ассигнований на исполнение расходных обязательств Фонда, предусмотренных Федеральным законом, в случае недостаточности доходов бюджета Фонда для финансового обеспечения их исполнения;

- на оплату расходов Фонда по изготовлению и доставке полисов ОМС единого образца сверх бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели;

- на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов» [17, с. 36].

В целях обеспечения доступности медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, гарантированного объема медицинской помощи и их финансирования, начиная с 2021 г., в составе «нормированного страхового

запаса Фонда предусматривается выделение в базовой программе объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационара федеральными государственными бюджетными учреждениями, а также их финансовое обеспечение в сумме 119,4 млрд. р. на 2021 г., 125,4 млрд. р. на 2022 г., 131,7 млрд. р. на 2023 г. В расчетах учтены объемы медицинской помощи, оказываемые федеральными государственными бюджетными учреждениями в 2019 г. Запланированные 119,4 млрд. р. составляют примерно 5 % от общих расходов на реализацию базовой программы ОМС» [39, с. 20].

Средние подушевые нормативы для медицинских организаций федерального уровня представлены в таблице 11.

Таблица 11 - Объемные и стоимостные нормативы на оказание специализированной медицинской помощи по Программе на 2021-2023 гг.

Вид /условие медицинской помощи	Норматив по годам	Объёмный норматив, ед. на 1 застрахованного			Финансовый норматив, руб. за единицу		
		2021 г.	2022 г.	2023 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Дневной стационар ФМО		0,002181	0,002181	0,002181	25 617,30	26 919,40	28 057,40
в том числе по профилю "онкология" ФМО		0,000284	0,000284	0,000284	50 752,10	53 331,90	55 586,40
Специализированная помощь в стационаре ФМО		0,011118	0,011118	0,011118	56 680,90	59 516,00	62 520,10
в том числе по профилю "онкология" ФМО		0,001090	0,001090	0,001090	90 958,40	95 878,40	100 499,80
Медицинская реабилитация ФМО		0,000560	0,000560	0,000560	55 063,40	58 041,80	60 716,80
ЭКО ФМО		0,000059	0,000059	0,000059	124 728,50	128 568,50	134 915,60
Средние подушевые нормативы ФМО					686,00	720,30	756,30

В рамках базовой программы ОМС, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи на 2021 г. и на плановый период 2022 и 2023 гг.», установлены объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой ФМО в условиях круглосуточных и дневных стационаров, с установлением и соответствующих стоимостных нормативов.

Основные выводы по второму разделу:

- несмотря на сохраняющуюся сложную экономическую ситуацию в стране, связанную с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, объемы финансового обеспечения системы ОМС остаются достаточно стабильными, имеющими тенденцию к росту. Однако необходимо учитывать и рост затратности оказания медицинской помощи, связанной с предупреждением распространения COVID-19 и его лечением;

- изменившийся порядок финансового обеспечения федеральных медицинских организаций также можно оценивать положительно - аккумуляция средств на эти цели на федеральном уровне не привело к уменьшению размера субвенций, передаваемых территориальным фондам ОМС, за исключением г. Москвы и Санкт-Петербурга.

Следовательно, во втором разделе «Особенности формирования бюджета Федерального фонда ОМС» выполнена оценка бюджета ФФОМС за 2017-2023 гг. по доходам и расходам, что позволит в третьем разделе «Совершенствование финансовой деятельности Федерального фонда ОМС» выявить проблемы ОМС и финансовой деятельности ФФОМС и определить направления перераспределения полномочий в сфере ОМС.

3 Рекомендации по совершенствованию формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

3.1 Проблемы обязательного медицинского страхования и финансовой деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования

В данном разделе исследования, рассматривая основные проблемы ОМС, прежде всего, целесообразно остановиться на анализе причин и последствий внесения изменений в законодательство об ОМС в соответствии с Федеральным законом № 430-ФЗ.

Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 430-ФЗ) внес значимые изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ [23, с. 44] за весь период его действия. Причинами таких изменений стал целый ряд факторов, связанных с изменением финансовых потоков в системе ОМС, распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, развитием цифровых технологий, а также с проблемами участия федеральных медицинских организаций в системе ОМС.

Предусмотренные законопроектом изменения направлены на повышение эффективности использования средств ОМС и предоставления медицинской помощи. Изменения в законодательстве в наибольшей степени затронули федеральные медицинские организации, которые будут получать средства ОМС в особом порядке (появился даже связанный с этим термин – «86 регион»). Тем не менее, и для остальных медицинских организаций изменения оказались значимыми, особенно в части проведения контрольных мероприятий в отношении оказываемой ими медицинской помощи.

Проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 1027750-7 (далее - Проект федерального закона) был разработан в целях повышения эффективности реализации базовой программы ОМС и обеспечения доступности медицинской помощи [39, с. 20].

Само по себе внесение изменений в Федеральный закон № 326-ФЗ [23, с. 1] не является чем-то чрезвычайным, поскольку отражает процесс постоянного совершенствования законодательства в целях приведения его в соответствие с изменениями, происходящими в разных сферах жизни общества. И всё же причины масштабных изменений в законодательстве об ОМС требуют анализа.

Можно выделить четыре основные причины внесения изменений в Федеральный закон № 326-ФЗ»:

- необходимость более гибкого реагирования всех институтов ОМС на вызовы, связанные с распространением коронавирусной инфекции COVID-19;
- сложная финансовая ситуация в системе ОМС, в том числе вызванная распространением COVID-19;
- накопившиеся проблемы, связанные с функционированием в системе ОМС федеральных медицинских организаций;
- возникновение и широкое использование современных информационных технологий [23, с. 35].

Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС, достаточно разнообразны и варьируют от подушевого финансирования до оплаты за объем оказанных услуг. Однако это касается в основном первичной медико-санитарной помощи. Способы оплаты специализированной медицинской помощи ориентированы на ее объемы и затратоемкость.

Между тем, в «условиях распространения COVID-19 для финансового обеспечения медицинских организаций, находящихся в процессе перепрофилирования в «ковидные» госпитали и функционирующих в режиме готовности оказать медицинскую помощь пациентам с коронавирусом, а также в иных случаях риска серьезных финансовых потерь, целесообразно временно отказаться от существующего способа оплаты за оказанную медицинскую помощь, и использовать механизм, аналогичный сметному финансированию. На период особых ситуаций, аналогичных нынешней, этот вариант мог бы использоваться в ряде случаев вместо или наряду с оплатой за объемы оказанной медицинской помощи» [4, с. 35]

Сложная финансовая ситуация в системе ОМС в условиях распространения коронавирусной инфекции связана прежде всего с проблемами сбора средств для формирования доходной части бюджета ФОМС, а также с ростом расходов медицинских организаций, как оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19 (увеличение числа лабораторно-диагностических исследований, дорогостоящих лучевых методов исследований, увеличение количества реанимационных коек и т.д.), так и не занятых лечением COVID-19 (затраты на тестирование наличия/отсутствия коронавирусной инфекции, средства индивидуальной защиты, дезинфицирующие средства и т.д.).

Основным источником средств ОМС являются взносы в Федеральный фонд ОМС в размере 5,1 % от фонда оплаты труда, а также взносы субъектов Российской Федерации на страхование неработающего населения. В условиях распространения COVID-19 объективно происходит снижение поступления страховых взносов. Основными причинами этого являются:

- сокращение численности работников из-за приостановки (прекращения и т.д.) производства;
- снижение уровня зарплат работников в связи с простоями и т.д.;
- оформление отпуска без сохранения содержания заработной платы значительной части работников и т.д.;

- отсрочка уплаты страховых взносов в ФФОМС;
- снижение ставки страховых взносов с 30 до 15 % для части плательщиков (малый и средний бизнес);
- рост доли «серых» зарплат, с которых не платятся налоги и взносы и т.д. [35, с. 6].

Однако финансовые сложности испытывают и другие медицинские организации, работающие в системе ОМС. Федеральные медицинские организации традиционно выполняют специфические функции, связанные с оказанием медицинской помощи в наиболее сложных случаях, проведением научных исследований, клинической апробацией и т.д. Поэтому, даже после внедрения в Российской Федерации системы ОМС, они продолжали финансироваться за счет средств федерального бюджета. «Погружение» федеральных медицинских организаций в систему ОМС происходило достаточно медленно. Процесс активизировался в 2013 г. с началом очередного этапа перехода к одноканальному финансированию, когда в состав тарифа кроме пяти основных (зарплата, начисления, медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь) вошли большинство оставшихся статей (за исключением капитального строительства, ремонта и приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тыс. р.).

Основные проблемы включения федеральных медицинских организаций в систему ОМС заключаются в следующем:

- федеральные медицинские организации, как правило, оказывающие медицинскую помощь, в особо сложных случаях, являются «наиболее хорошо оснащенными, обеспеченными высококвалифицированными кадрами, что приводит к невозможности возмещения бóльших затрат в рамках единых тарифов, действующих на территории субъекта Российской Федерации. Попытка исправить ситуацию заключалась в установлении для федеральных медицинских организаций и (или) их структурных подразделений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь,

коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в размере не менее 1,4, однако это не решило проблемы полностью» [10, с. 68];

- тарифы на одни и те же услуги, оказываемые федеральными медицинскими организациями в разных субъектах Российской Федерации, оплачивались по разным тарифам, как минимум, из-за различия базовых ставок тарифов, действующих на территории субъектов Российской Федерации;

- включение федеральных медицинских организаций в систему ОМС также означало передачу в ОМС оказываемых ими объемов медицинской помощи, однако не сопровождалось переводом соответствующих средств из федерального бюджета в бюджет ФОМС. На систему ОМС легли дополнительные расходные обязательства без дополнительного финансового обеспечения, поэтому прежний объем финансовых средств пришлось использовать для оплаты увеличившегося объема медицинской помощи. При этом страдали и сами федеральные медицинские организации (региональные тарифы оказывались для них недостаточными), и региональные медицинские организации, так как возможности улучшения их финансового обеспечения сдерживались необходимостью выделения дополнительных объемов медицинской помощи и средств ОМС для федеральных медицинских организаций. Неслучайно, что в последние гг. в связи с более активным участием федеральных медицинских организаций в системе ОМС, объемы медицинской помощи для многих региональных медицинских организаций сокращались;

- порядок финансовых потоков при оказании высокотехнологичной медицинской помощи за время действия Федерального закона № 326-ФЗ [23, с. 60] менялся несколько раз и по-прежнему нуждался в совершенствовании;

- в последние годы политика региональных властей явно направлена на ограничение участия федеральных медицинских организаций в реализации территориальных программ ОМС из-за необходимости

повышения в рамках дорожных карт и т.д. зарплат врачей региональных медицинских организаций;

- распределение объемов медицинской помощи для федеральных медицинских организаций по остаточному принципу вызывает отток высококвалифицированных специалистов, заработная плата которых в некоторых регионах зачастую оказывалась ниже зарплат их коллег, работающих в региональных медицинских организациях;

- сложность взаимодействия региональных органов власти с федеральными медицинскими организациями: давать им напрямую указания не получается – приоритеты их деятельности, коечный фонд, специализация и т.д. определяются учредителями - федеральными органами исполнительной власти.

- неэффективное использование потенциала федеральных медицинских организаций. Неполная загрузка хорошо оснащенных федеральных клиник приносит гораздо больше ущерба, чем неполная загрузка региональных медицинских организаций, которые являются менее оснащенными;

- неравномерное распределением федеральных медицинских организаций по территории страны обуславливает различную доступность высокотехнологической помощи пациентам и требует совершенствования механизма направления пациентов в федеральные клиники;

- система контроля качества в системе ОМС силами региональных экспертов оказалась недостаточно эффективной: в федеральных медицинских организациях работают специалисты, квалификация которых часто значительно выше квалификации экспертов.

Развитие информационных технологий, цифровизация всех сфер общества создают новые возможности для развития системы ОМС.

Система ОМС является одной из сфер здравоохранения, где наиболее развиты информационные системы. Это вызвано насущной необходимостью ведения обширных баз данных застрахованных лиц, медицинских

организаций, страховых медицинских организаций, экспертов и т.д., а также обработкой большого количества выставляемых счетов и т.д.

О том, что система ОМС в России нуждается в реформировании и цифровизации, министр здравоохранения России Михаил Мурашко говорил еще 13.05.2020 на пленарном заседании Государственной Думы. По его мнению, система ОМС должна трансформироваться за счёт более глубокого внедрения информационных технологий, что позволит ясно видеть систему расчетов и персонификацию.

Развитие ЕГИСЗ потребовало законодательного закрепления и регламентации порядка функционирования государственной информационной системы ОМС, ее взаимодействия с ЕГИСЗ. Это особенно важно для персонифицированного учета оказанной медицинской помощи застрахованным.

3.2 Направления перераспределения полномочий в сфере обязательного медицинского страхования

Изменения в Федеральном законе № 326-ФЗ [23, с. 5], связанные с принятием Федерального закона № 430-ФЗ, привели к существенному перераспределению полномочий в сфере обязательного медицинского страхования между публично-правовыми образованиями (ППО), а также между органами государственной власти, субъектами и участниками системы ОМС.

С целью сравнительной характеристики полномочий участников системы ОМС в приложении А представлены основные изменения полномочий участников системы ОМС.

В соответствии с Федеральным законом № 430-ФЗ в статью 5 Федерального закона № 326-ФЗ введен п. 11. Теперь к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС относится «финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе

высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее – федеральные медицинские организации), в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС» [46, с. 44].

Следует обратить внимание, что изменение полномочий Российской Федерации часто трактуется не совсем корректно. Суть данного изменения заключается в том, что Российская Федерация вернула (а не приобрела) часть полномочий, ранее переданных субъектам Российской Федерации. Дело в том, что в соответствии с «частью 1 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация ОМС на территориях субъектов Российской Федерации» [23, с. 17]. С 2021 г. указанные выше полномочия в отношении медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС федеральными медицинскими организациями (пункт 11 статьи 5), возвращены на уровень Российской Федерации.

Полномочия Минздрава России в системе ОМС дополнены утверждением методики расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи.

Теперь Минздрав России, а не ФФОМС будет устанавливать:

- порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи в сфере ОМС;

- требования к структуре и содержанию тарифного соглашения согласно приказу Минздрава России от 29 декабря 2020 г. № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Целый ряд дополнительных полномочий Минздрав России приобрел в рамках, опубликованных или подготовленных к публикации «постановлений

и распоряжений Правительства Российской Федерации, по реализации новой редакции Федерального закона № 326-ФЗ» [23, с. 3].

Федеральным законом № 430-ФЗ предусматривается существенное изменение функций ФФОМС. Передав ряд полномочий Минздраву России, ФФОМС получил новые полномочия в других сферах.

В частности, ФФОМС передаются функции страховых медицинских организаций, касающиеся взаимоотношений с федеральными медицинскими организациями. Нередко это воспринимается как наделение ФФОМС отдельными полномочиями страховщика в части организации оказания и оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам федеральными медицинскими организациями.

Между тем, эта ситуация, аналогична ситуации с возвращением ряда полномочий Российской Федерации, ранее переданных субъектам. ФФОМС изначально являлся страховщиком в сфере ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС. При этом часть полномочий делегировалась территориальным фондам ОМС и страховым медицинским организациям. Сейчас речь идет о том, что функции страховщика в части оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС и ряда других, передаются от страховых медицинских организаций страховщику в лице ФФОМС.

Согласно новой редакции статьи 26, часть 2, пункты 4-5 Федерального закона № 326-ФЗ расходы бюджета Федерального фонда также осуществляются в целях финансового обеспечения:

- оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ [16, с. 44];
- ведения дела по «обязательному медицинскому страхованию в части оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ» [23, с. 35].

Для выполнения функций, переданных Федеральным законом № 430-ФЗ, предусмотрено дополнительное финансовое обеспечение ФОМС.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 января 2021 г. № 81 «О внесении изменения в пункт 1 постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2008 г. N 1060» с 1 января 2021 г. установлены предельная штатная численность работников ФФОМС в количестве 340 человек (без персонала по охране и обслуживанию зданий) и фонд оплаты труда указанных работников в размере 86178,7 тыс. р. (в расчете на квартал). Ранее предельная численность составляла 290 человек, то есть произошло увеличение на 50 человек.

В предыдущей редакции Постановления № 1060 фонд оплаты труда составлял 45605,3 тыс. р. Данное увеличение расходов связано не только с увеличением численности работников, но и с учётом инфляционных процессов, поскольку последний раз повышение происходило в 2017 г.

Постановлением № 81 также установлено, что в 2021 г дополнительные расходы на оплату труда работников ФФОМС в целях финансового обеспечения ведения дела по обязательному медицинскому страхованию в части оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в объеме 65796,7 тыс. р. осуществляются за счет средств нормированного страхового запаса ФФОМС.

К числу новых полномочий ТФОМС относится «получение от Федерального фонда данных персонифицированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи федеральными медицинскими организациями в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ» [23, с. 28].

Кроме того, Федеральный закон № 326-ФЗ [23, с. 2] в новой редакции предусматривает, что в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться

положения, предусматривающие обязанность территориального фонда проводить медико-экономический контроль.

Приказом Минздрава России от 30.12.2020 № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» установлено, что в «указанный договор должно быть включено право территориальных фондов» проводить в соответствии со статьей 40 Федерального закона № 326-ФЗ [23, с. 64] медико-экономический контроль по реестрам счетов и счетам на оплату медицинской помощи по территориальной программе, представленным медицинской организацией, и направлять заключения по его результатам в медицинскую организацию.

Централизация функций медико-экономического контроля на территории субъекта Российской Федерации в территориальных фондах привела к положительным результатам:

- обеспечено единообразие в проведении медико-экономического контроля на территории субъекта Российской Федерации, что исключает ситуацию, когда разные страховые медицинские организации выдвигали различные требования (по-разному трактовали положения нормативных правовых актов и т.д.);

- упрощена процедура выявления страховой принадлежности застрахованных лиц в случае ошибочного указания страховой медицинской организации и/или данных полиса, что позволяет избегать необходимости поиска пациента для уточнения данных полиса и/или многократной пересылки счетов от одной страховой медицинской организации к другой;

- отказ от проведения медико-экономического контроля позволил страховым медицинским организациям избежать риска санкций со стороны территориального фонда в случае наличия нарушений, допущенных ими при проведении медико-экономического контроля.

В качестве потенциального недостатка передачи медико-экономического контроля ТФОМС можно рассмотреть снижение

экономической мотивации со стороны территориальных фондов (по сравнению со страховыми медицинскими организациями), поскольку суммы от экономии целевых средств при применении санкций к медицинским организациям не приводят к увеличению средств, выделяемых на содержание ТФОМС. Средства от применения санкций к медицинским организациям при проведении медико-экономического контроля не направляются на увеличение собственных средств страховых медицинских организаций. Кроме того, с 2020 г. сэкономленные целевые средства (10 % от суммы) больше не поступают в страховые медицинские организации, поэтому в настоящее время экономические стимулы к тщательному проведению медико-экономического контроля со стороны СМО ограничиваются угрозой санкций со стороны территориальных фондов при обнаружении ими ошибок, нарушений и т.д.

С другой стороны, территориальные фонды ОМС в качестве финансового органа заинтересованы в обоснованной экономии средств ОМС, поэтому, на наш взгляд, не стоит опасаться снижения качества проведения медико-экономического контроля при передаче этих функций ТФОМС.

Следовательно, можно сформулировать следующие выводы по вышеизложенному:

1) несмотря на формальный отход от принципов классического ОМС, передачу функций по проведению медико-экономического контроля от страховых медицинских организаций к территориальным фондам ОМС можно расценивать скорее в позитивном, чем негативном плане.

2) целесообразно дополнить типовую форму договора, утвержденную приказом Минздрава России от 30.12.2020 N 1417н, и вменить в обязанности территориального фонда следующие функции:

- при обнаружении в ходе медико-экономического контроля ошибок в данных полиса застрахованного и т.д., выяснять страховую принадлежность пациента в региональном сегменте и сообщать уточненные данные

медицинским организациям для внесения исправлений в счета (реестры счетов);

- при отсутствии сведений о пациенте в региональном сегменте - направить запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц о страховой принадлежности пациентов, не ожидая обращений со стороны медицинских организаций.

В связи со сложившейся в субъектах Российской Федерации структурой затрат на ведение дел страховыми медицинскими организациями и с учетом увеличения средств ОМС в проекте федерального закона предусматривалось уменьшение нормативного размера средств, предоставляемых ТФОМС страховой медицинской организации на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, от 1-2 до 0,5-1 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам [2, с. 36].

Одним из аргументов сокращения норматива в два раза являлось то, что в подавляющем большинстве регионов норматив не превышал 1 %. При этом страховые медицинские организации перестают выполнять функции по проведению медико-экономического контроля.

В свою очередь, в качестве контраргумента, представители страхового сообщества указывали на то, что ранее установленный 1 % - это минимальный уровень, поэтому в случае, если будет установлен диапазон 0,5-1,0 % и если норматив будет также установлен на минимальном уровне, то это будет 0,5 %, то есть произойдет реальное снижение в два раза.

Сомнения в целесообразности такого резкого снижения высказала и Счетная палата Российской Федерации. В заключении Счетной палаты на проект Федерального закона № 1027750-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» отмечается, что обоснование такого уменьшения норматива в законопроекте не представлено. По мнению Счетной палаты, такое решение несет риски отхода от страховых принципов в системе ОМС и

ее финансовой устойчивости, а также риски ненадлежащего исполнения страховыми организациями своих полномочий в сфере ОМС, в том числе по контролю качества медицинской помощи и защите прав застрахованных лиц. [2, с. 14].

С учетом всех этих факторов законодатели согласились на компромиссный вариант. В итоговой редакции принятого закона соответствующая фраза была сформулирована следующим образом: «Территориальный фонд предоставляет страховой медицинской организации средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении ОМС, в размере не менее 0,8 процента и не более 1,1 процента от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам».

Данные изменения помимо экономии средств могут привести к уменьшению количества страховых медицинских организаций за счёт закрытия небольших компаний и укрупнению уже имеющихся.

В целом реальные финансовые потери страховых медицинских организаций в рамках новой нормативной базы будут связаны со следующими факторами:

- уменьшение норматива на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию с диапазона 1-2 % до 0,8-1,1 %;
- уменьшение суммарных доходов страховых медицинских организаций, получаемых в виде норматива на ведение дела за счет исключения из договорных - взаимоотношений с федеральными медицинскими организациями;
- потеря возможности увеличения собственных средств за счет средств, поступивших из федеральных медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при

проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- потеря средств из-за прекращения осуществления медико-экономического контроля в рамках реализации территориальных программ ОМС и увеличение собственных средств за счет экономии целевых средств.

Последний пункт связан с тем, что в соответствии с Федеральным законом от 28 января 2020 г. № 3-ФЗ с 8 февраля 2020 г. утратил силу подпункт 5) пункта 4 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ [23, с. 4], где говорилось о том, что собственными средствами страховой медицинской организации в сфере ОМС являются, в том числе, 10 % средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемых исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов.

Следовательно, с учетом того, что с 2020 г. страховые медицинские организации лишились права получать в качестве собственных средств 10 % от сэкономленных целевых средств, можно констатировать, что в целом финансовые ресурсы страховых медицинских организаций в системе ОМС существенно сократились.

Предполагалось, что уменьшение размера средств, предоставляемых страховой медицинской организации на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, позволит высвободить средства обязательного страхования в объеме до 6,8 млрд. р. к 2023 г., которые могут быть направлены на реализацию территориальных программ ОМС [2, с. 23].

Правда, с учетом пересмотра размера норматива в сторону повышения, по сравнению с первоначальным проектом, реальная экономия будет значительно меньше.

Экономия средств из-за пересмотра нормативов и функций участников системы ОМС может оказаться меньше ожидаемой еще по одной причине. Передача функций по проведению медико-экономического контроля от

страховых медицинских организаций территориальным фондам ОМС неизбежно приведет к тому, что территориальные фонды будут настаивать на увеличении средств, выделяемых на их содержание в связи с потребностью в дополнительных кадрах, рабочих местах, необходимых для выполнения дополнительных функций.

С другой стороны, из-за выпадения из сферы договорных отношений федеральных медицинских организаций, а также исключения из функций страховых медицинских организаций проведения медико-экономического контроля, объемы деятельности страховых медицинских организаций тоже сократились. Сэкономленные за счет этого средства позволят улучшить финансовое обеспечение непосредственного оказания медицинской помощи.

Очевидно, что изменения в функциях и полномочиях страховых медицинских организаций продолжатся. Президент России поручил Правительству России с участием Банка России и некоммерческой организации "Всероссийский союз страховщиков" предоставить предложения о необходимости уточнения полномочий страховых медицинских организаций с учетом принятия Федерального закона № 430-ФЗ [2, с. 17].

Выводы по изменениям функций и финансового положения страховых медицинских организаций:

- в целом, сфера деятельности и объемы финансового обеспечения страховых медицинских организаций значительно сократились.
- страховые медицинские организации, потеряв функцию медико-экономического контроля, одновременно теряют значимый источник собственных средств.

В заключении данного раздела представлены основные выводы и предложения в отношении последствий перераспределения полномочий в сфере ОМС:

- новый порядок направления пациентов в федеральные медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи в

рамках базовой программы ОМС заслуживает положительной оценки, поскольку включает в себя и обоснованный отбор пациентов на основе установленных медицинских показаний, и учитывает право застрахованных граждан на выбор медицинской организации;

- порядок направления пациентов в федеральную медицинскую организацию четко регламентирован, но достаточно сложен, что создает риск возникновения конфликтов и претензий со стороны пациентов, которым трудно разобраться в новом порядке. С целью предупреждения конфликтов требуется проведение разъяснительной работы среди пациентов;

- реализация права пациентов самостоятельно обратиться в федеральную медицинскую организацию при наличии результатов лабораторных, инструментальных и других методов исследований, подтверждающих установленный диагноз, и медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в рамках базовой программой ОМС может быть ограничена объемами медицинской помощи, выделяемыми ФОМС для федеральных медицинских организаций;

- федеральные медицинские организации в целом ряде случаев имеют право на участие в реализации не только базовой, но и территориальных программ ОМС, что в целом можно рассматривать с положительной стороны;

- вместе с тем, одновременное участие медицинских организаций в реализации не только базовой, но и территориальных программ ОМС, будет создавать сложности как для них самих, так и для фондов ОМС, страховых медицинских организаций, а также риск появления путаницы, дублирования счетов и т.д. Решение этой проблемы в значительной мере должно быть обеспечено в рамках новой системы информационного обмена в системе ОМС;

- имеются риски, связанные с оказанием медицинской помощи в экстренной форме. Эти вопросы нуждаются в более четком урегулировании;

- высокотехнологичная медицинская помощь, входящая в базовую программу ОМС, оплачивается непосредственно Федеральным фондом ОМС;

- порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, не претерпел существенных изменений как в целом, так и применительно к федеральным медицинским организациям;

- поскольку источником средств оплаты, оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (как включенной, так и не включенной в базовую программу ОМС) являются средства бюджета ФФОМС, не передаваемые в виде субвенций субъектам Российской Федерации, следующим логичным шагом могло бы стать объединение перечней видов высокотехнологичной медицинской помощи применительно к федеральным медицинским организациям;

- предложенный подход к формированию тарифов на случаи применения дорогостоящей химиотерапии при онкозаболеваниях в модели КСГ должен привести к повышению эффективности расходования средств ОМС. Считаем целесообразным предложить использование аналогичного подхода и к иным КСГ, направленным на лекарственное обеспечение дорогостоящими лекарственными препаратами (напр., при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов);

- новый порядок формирования тарифов для федеральных медицинских организаций, участвующих в реализации базовой программы ОМС, при оказании ими специализированной медицинской помощи, по ряду дорогостоящих КСГ (при коэффициенте затратоемкости от 2 и более), более выгоден, чем прежний, в силу использования дополнительных повышающих поправочных коэффициентов;

- методика расчета тарифа на специализированную медицинскую помощь, оказываемую в условиях дневного и круглосуточного стационара,

нуждается в совершенствовании – в приведении в согласование с положениями Правил ОМС;

- разработка порядка распределения объемов медицинской помощи для федеральных медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС – достаточно сложная задача, вызвавшая необходимость введения переходного периода, в рамках которого установлен временный порядок, что подтверждается тем, что во временный порядок, утвержденный в конце 2020 г., уже внесены изменения;

- предложенный вариант авансирования федеральных медицинских организаций в рамках временного порядка в целом можно считать рациональным;

- значительные изменения в порядке проведения контрольных мероприятий потребуют серьезного внимания со стороны всех участников системы ОМС;

- усиленное внимание к контролю за превышением стоимости оказанных услуг создает для медицинских организаций дополнительные риски новых оснований для отказа в связи с превышением не только доведенных объемов, но и стоимости оказанных услуг;

- корректировка порядка установления тарифов потребует внесение изменений в Правила ОМС и целый ряд других нормативных правовых актов;

- система ОМС всегда отличалась достаточно высоким уровнем информатизации. Новыми импульсами развития информационной системы ОМС стали формирование Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), а также изменения, связанные с принятием Федерального закона № 430-ФЗ;

- государственная информационная система ОМС, наряду с реализацией традиционных задач (ведение баз данных, обеспечение финансовых потоков и т.д.) должна обеспечить контроль за рациональным распределением потоков застрахованных лиц, направленных в федеральные

и региональные медицинские организации, предотвращение дублирования выставляемых счетов за одних и тех же пациентов в территориальные и Федеральный фонд ОМС и т.д. Следовательно, ГИС ОМС призвана обеспечить максимальную прозрачность действий в условиях реализации новой, достаточно сложной модели движения финансовых потоков и потоков застрахованных в системе ОМС;

- несмотря на сохраняющуюся сложную экономическую ситуацию в стране, связанную с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, объемы финансового обеспечения системы ОМС остаются достаточно стабильными, имеющими тенденцию к росту. Однако необходимо учитывать и рост затратности оказания медицинской помощи, связанной с предупреждением распространения COVID-19 и его лечением;

- приоритеты финансирования прошлого года сохраняются, в частности, значительные финансовые средства выделяются на лечение онкологических заболеваний;

- с положительной стороны можно оценить некоторые изменения в финансовых потоках между федеральным бюджетом и бюджетом ФФОМС;

- изменившийся порядок финансового обеспечения федеральных медицинских организаций также можно оценивать положительно – аккумуляция средств на эти цели на федеральном уровне не привело к уменьшению размера субвенций, передаваемых территориальным фондам ОМС, за исключением г. Москвы и Санкт-Петербурга;

- расширение сферы использования средств нормированного страхового запаса позволяет получать средства на оплату труда вновь принимаемых работников не только для медицинских организаций, оказывающих первичную медико- социальную помощь, как это было раньше. Это создает дополнительные экономические стимулы по улучшению кадрового обеспечения как первичного звена здравоохранения, так и других уровней здравоохранения;

- вместе с тем подобная мера в целом лишь стартовый толчок для повышения укомплектованности медицинских организаций кадрами в текущем г., но со следующего года все затраты на оплату труда дополнительно принятых работников сверх численности на 1 января предыдущего года, будут возложены на саму медицинскую организацию;

- средства нормированного страхового запаса, направляемые на оплату труда вновь принимаемых работников, не являются дополнительным источником финансирования медицинских организаций, а представляют собой лишь иной порядок их доведения до медицинских организаций в рамках перераспределения средств ОМС;

- новый порядок направления средств нормированного страхового запаса фондов ОМС на повышение квалификации медицинских работников, покупку или ремонт медицинского оборудования, значительно отличается от прежнего. Теперь он распространяется и на средства нормированного страхового запаса ФФОМС. Стало больше основных требований к мероприятиям, которые включаются в план;

- изменения, касающиеся данного направления использования средств нормированных страховых запасов, выгодны, прежде всего, федеральным медицинским организациям, поскольку раньше они практически не имели шансов попасть в соответствующие территориальные программы;

- средства нормированного страхового запаса, направляемые на повышение квалификации медицинских работников, покупку или ремонт медицинского оборудования, не являются дополнительным источником финансирования медицинских организаций, изменился лишь порядок их доведения до медицинских организаций в рамках перераспределения средств ОМС;

- средства нормированного страхового запаса, направляемые на повышение квалификации медицинских работников, покупку или ремонт медицинского оборудования не являются по сути новым механизмом поддержки медицинских организаций – аналогичный механизм существовал

и ранее в форме резервного фонда предупредительных мероприятий (РФПМ), формируемого у страховых медицинских организаций и используемого примерно на те же цели.;

- формирование НСЗ в составе расходов фондов ОМС обеспечивает более жесткий контроль за использованием средств ОМС, но обладает меньшими стимулирующими качествами, чем РФПМ в составе расходов страховых медицинских организаций – в силу прямой финансовой заинтересованности последних в экономии целевых средств (часть от экономии которых становилась их собственными средствами).

Утвержден порядок направления застрахованных лиц в медицинские организации федерального подчинения для оказания им помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС.

С 2021 г. для получения высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, находящихся в ведении ФМБА Минздрава России введен новый порядок направления застрахованных лиц в медицинские организации федерального подчинения для оказания им помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС.

Также необходимо предложить меры по совершенствованию деятельности исследуемого предприятия СПАО «Ингосстрах» в рамках темы.

Страховая компания «Ингосстрах» расширяет функционал своего официального сайта, запустив новый сервис - личный кабинет застрахованного по ОМС. Наша жизнь неразрывно связана с использованием компьютеров, смартфонов и других информационных технологий. СПАО «Ингосстрах» предлагает клиентам совершенно новый уровень сервиса, обеспечивающий возможность оперативного информирования и эффективного взаимодействия с застрахованными.

Чтобы разработать рекомендации по дальнейшему развитию системы взаимодействия со страхователями, СПАО «Ингосстрах» провел ряд

исследований по изучению качества сервиса, используя метод «Таинственный покупатель». На сайте Компании были организованы опросы посетителей на различные темы, включая оценку уровня удовлетворенности и лояльности клиентов, их заинтересованности в дополнительных страховых услугах.

Опираясь на возможности современных технологий, СПАО «Ингосстрах» смог не только проанализировать запросы клиентов, но и обеспечить им максимально удобный доступ к страховым услугам.

С целью совершенствования системы ОМС предлагается запустить новое мобильное приложение для выезжающих за рубеж с возможностью покупки полисов в режиме онлайн.

С целью оценки эффективности деятельности ОМС в условиях усиления региональной дифференциации организации систем здравоохранения и ОМС особое значение приобретает сравнительный анализ и оценка эффективности их деятельности в разрезе субъектов РФ.

Т. Н. Русских предлагает «компаративный анализ авторских подходов к формированию критериев оценки эффективности деятельности региональных систем здравоохранения и ОМС, а также к построению типологии субъектов РФ по этим критериям. Предлагается система показателей оценки экономической и медико-социальной эффективности деятельности рассматриваемых систем. Причем совокупность показателей экономической эффективности образуют две группы показателей. Первая группа показателей отражает финансовую эффективность, а вторая - структурную эффективность» [55, с. 197].

Автором «разрабатывается методологический подход к формированию рейтинга субъектов РФ по уровням эффективности, основанный на процедурах кластерного анализа и аппарате нечеткой математики. Особенность предлагаемого подхода к построению типологии субъектов по уровню эффективности заключается во введении некоторого эталонного субъекта со средними по РФ показателями эффективности систем, что

позволяет качественно оценить эффективность деятельности региональных систем здравоохранения и ОМС путем их сравнения с эталонной системой» [55, с. 197].

В данной работе были использованы статистические методы анализа временных рядов и прогнозирования, анализ территориальных рядов распределения и метод классификации многомерных наблюдений – кластерный анализ.

Экономическое развитие регионов РФ, на наш взгляд, наиболее комплексно характеризуется такими индикаторами, как:

- валовой региональный продукт в расчете на душу населения;
- динамика промышленного производства;
- среднедушевой оборот розничной торговли;
- объем работ, выполненных по строительству, в расчете на душу населения.

Анализ динамических рядов вышеназванных показателей позволил осуществить оценку современных тенденций экономического положения РФ. Максимальный прирост среднедушевого ВРП отмечен в 2011 г. (+20,3 %), минимальный – в 2016 г. (+5,1 %). Наибольший прирост промышленного производства наблюдается в 2017 г. (+1,9 %), максимальное снижение – в 2013 г. (-3,0 %).

Максимальный прирост среднедушевого оборота розничной торговли приходится на 2011 г. (+15,7 %), минимальный – на 2016 г. (+2,6 %). Наибольший прирост строительных работ в расчете на душу населения наблюдается в 2011 г. (+15,4 %), минимальный (+1,8 %) – в 2014 г.

В целом динамика изменения показателей аналогична – на протяжении изучаемого периода времени значения возрастали. Так, за период 2010-2019 гг. ВРП на душу населения вырос на 145 %, среднедушевые значения оборота розничной торговли – на 103,6 %, объема строительных работ – на 105,0 %.

В работе осуществлено прогнозирование показателей экономического развития с помощью метода аналитического выравнивания. Был выполнен подбор уравнений трендов по максимальным значениям коэффициентов детерминации R^2 .

Наиболее подходящая линия тренда ВРП на душу населения - линейная. Также характерен линейный тип тренда для среднедушевых показателей оборота розничной торговли и объема работ, выполненных по строительству. С помощью параболического тренда отражена динамика индекса промышленного производства.

На основе типов трендов, построенных в данном исследовании, выполнено краткосрочное прогнозирование индикаторов экономического развития регионов с помощью метода экстраполяции. Прогнозные значения свидетельствуют о том, что ожидается рост анализируемых показателей.

По статистическим данным за 2019 г. были проанализированы ряды распределения регионов РФ по показателям, характеризующим уровень экономического развития; также проведен анализ и проверка на соответствие законам нормального распределения. Результаты анализа показали, что относительно нормальное распределение субъектов РФ характерно для распределения среднедушевого оборота розничной торговли и индекса промышленного производства. Для территориального распределения уровней ВРП и объема строительных работ свойственна сильная правосторонняя асимметрия, которая указывает на то, что большинство субъектов РФ имеет низкие значения анализируемых показателей.

Регионы РФ по показателю ВРП и объему строительных работ на душу населения распределены крайне неравномерно, о чем свидетельствует коэффициент вариации ($V\sigma = 76,9\%$ и $V\sigma = 74,0\%$ соответственно). Относительно невысокой вариацией характеризуется распределение субъектов по среднедушевому обороту розничной торговли ($V\sigma = 28,6\%$). Вариация субъектов РФ по индексу промышленного производства незначительная ($V\sigma = 7,8\%$).

Распределение регионов по ВРП на душу населения в 2019 г. показало, что лидерами являются Сахалинская область (2 400 858 рублей), Тюменская область (2 384 622 рубля), Чукотский автономный округ (1 898 635 рублей). Четвертое место в списке лидеров по ВРП приходится на г. Москву – 1 555 587 рублей на душу населения. Кроме того, данную группу представляют три региона Дальневосточного ФО, два региона Северо-Западного ФО и один - Сибирского ФО. В группу с наименьшими значениями уровня ВРП в 2019 г. вошли преимущественно субъекты Северо-Кавказского ФО (за исключением Ставропольского края) со значениями показателя от 145 723 рублей (Республика Ингушетия) до 248 172 рублей (Республика Северная Осетия-Алания).

Промышленное производство в РФ за 2019 г. показало динамику роста: индекс промышленного производства составил 102,3 % (против 103,5 % в 2018 г.). Рост промышленного производства наблюдался в сфере добычи полезных ископаемых (+2,5 %) и в обрабатывающих производствах (+2,6 %). Лидером по индексу промышленного производства выступил Центральный федеральный округ (108,0 %).

Наряду с одновременным сокращением темпов роста промышленности в целом по стране, количество регионов с положительной динамикой роста промышленного производства уменьшилось. Лидером по росту промышленного производства (+64,4 %) в 2019 г. стал г. Севастополь. Это объясняется значительным его ростом в сфере обеспечения электрической энергией, газом и паром, а также в сфере обработки.

Сокращение среднедушевого оборота розничной торговли происходило с одновременным ухудшением динамики заработной платы. Помимо этого, на отставание темпов роста оборота розничной торговли оказало влияние и замедление роста потребительского кредитования, что объясняется введением показателя предельной долговой нагрузки заемщика с 1 октября 2019 г. Как отмечает ЦБ РФ, в 2019 г. банки нарастили кредитование населения на 18,5 % против 22,3 % в 2018 г.

Для комплексной многомерной оценки уровня экономического развития и выделения устойчивых групп регионов РФ была использована методология кластерного анализа при помощи статистического пакета Statistica 13.3. В целях сопоставимости результатов исследования за 2010 г. и 2019 г. Республика Крым и г. Севастополь были исключены из анализируемой совокупности. Предварительно был осуществлен анализ матрицы парных коэффициентов корреляции для выявления мультиколлинеарных факторов, а также проведено нормирование исходных данных для сведения их к единому масштабу.

Результатом классификации методом «Варда», основанного на евклидовой метрике расстояний между объектами, стало разбиение исследуемой совокупности на 4 кластера. Определение эффективности кластеризации и оценка степени различий между кластерами осуществлялась с помощью дисперсионного анализа метода к-средних.

Результаты дисперсионного анализа показали, что разделение регионов на четыре кластера является обоснованным, поскольку межгрупповые дисперсии больше внутригрупповых, они не равны между собой и рассчитанные значения уровня значимости (меньше 0,05) позволяют принять гипотезу о неравенстве дисперсий (таблица 12).

Третий кластер занимает вторые места преимущественно по всем показателям, в него вошли 26 субъектов с экономическим развитием выше среднего уровня: г. Санкт-Петербург, социально и экономически развитые субъекты Центрального, Приволжского и других федеральных округов.

Первый и второй кластеры (20 и 28 регионов соответственно) по трем индикаторам (кроме ИПП) имеют примерно одинаковый уровень экономического развития, но 1-й кластер лучший по индексу промышленного производства, а во 2-м кластере выше ранг по среднедушевым ВРП и объему строительных работ. Поэтому мы охарактеризовали 1-й кластер регионов - средним уровнем экономического развития, а 2-й кластер - экономическим развитием ниже среднего уровня.

Таблица 12 - Средние нормированные значения факторов экономического развития субъектов РФ по кластерам в 2020 г.

Индикатор УЭР	Нормированное значение средних				Ранг средних по кластерам			
	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
ВРП на душу населения	-0,51573	-0,40360	0,13401	3,02189	4	3	2	1
Индекс промышленного производства	1,00530	-0,67402	-0,22766	0,78097	1	4	3	2
Оборот розничной торговли на душу населения	-0,42876	-0,62057	0,63755	1,56249	3	4	2	1
Объем строительных работ на душу населения	-0,48315	-0,460764	0,275239	2,56805	4	3	2	1
Сумма рангов по кластеру					12	14	9	5
<i>Место кластера по сумме рангов</i>					3	4	2	1
Число регионов в кластере					20	28	26	6

Сравнение с результатами кластеризации за 2010 г. показало, что большая часть регионов РФ улучшила уровень экономического развития (рисунок 17).

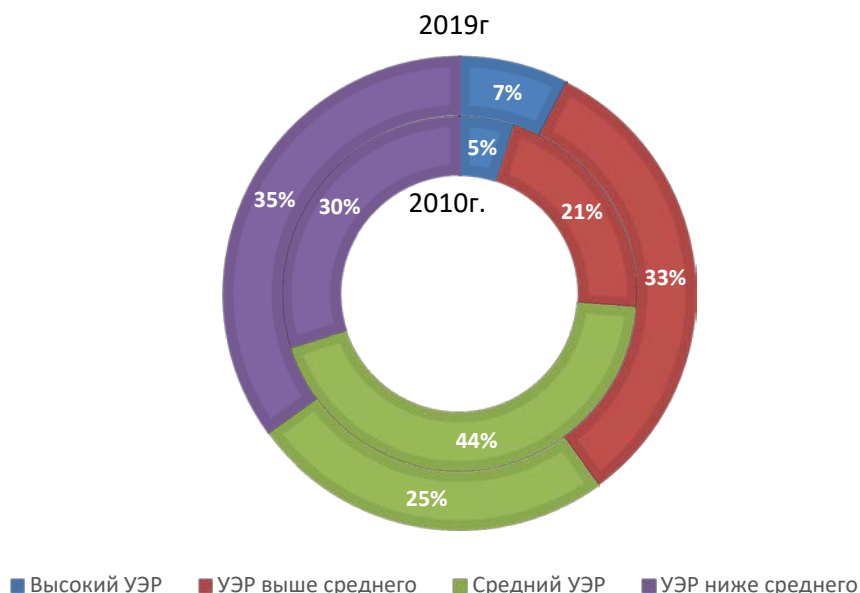


Рисунок 17 - Распределение регионов по уровню экономического развития в 2010 и 2019 гг. (в % от общей численности регионов)

В 2019 г. увеличилась доля регионов с высоким и выше среднего уровнем экономического развития: с 5 % до 7 % и с 21 % до 33 % соответственно. Сократилась с 44 % до 25 % группа регионов со средними значениями за счет перехода этих субъектов на более высокий уровень экономического развития.

Тем не менее, треть регионов все еще остается недостаточно экономически развитыми. Эффективная система управления системой здравоохранения и ОМС на различных уровнях экономики должна опираться на статистический анализ важнейших характеристик дифференциации экономического развития, выявлении наиболее существенных закономерностей в их изменении.

Результаты проведенного исследования показали, что сильной неоднородностью характеризуется совокупность регионов по среднедушевым показателям ВРП и объема строительных работ, для которых характерна значительная неравномерность и правосторонняя асимметрия, что подтверждается анализом статистических параметров рядов распределения. Однородными являются территориальные ряды оборота розничной торговли в расчете на душу населения и индекса промышленной продукции.

Межрегиональный сравнительный анализ индикаторов экономического развития позволил выявить группы субъектов с высоким, выше среднего, средним и ниже среднего уровнями экономического развития. Аутсайдерами в экономическом развитии являются регионы Северного Кавказа и представители Приволжского и Сибирского федеральных округов. Лидирующие позиции стабильно занимают высокоразвитые в экономическом плане регионы г. Москва, Респ. Саха, Тюменская, Магаданская и Сахалинская области, Чукотский а.о.

В целом результаты статистического анализа дифференциации российских регионов по уровню экономического развития могут являться основой для совершенствования информационного и методического

обеспечения оценки уровней и типов экономического развития регионов и для принятия управленческих решений на региональном уровне, направленных на повышение эффективности деятельности учреждений системы здравоохранения и ОМС.

Следующим шагом и ключевой проблемой в оценке эффективности деятельности региональных систем здравоохранения и ОМС является выбор показателей (или критериев) эффективности.

Результатом оценки деятельности системы здравоохранения региона с точки зрения эффективного управления ресурсами представляется целесообразным соответствие одной из восьми категорий, представленных на рисунке 18.

Результаты кластерного анализа свидетельствуют о высокой дифференциации субъектов РФ по уровню экономической эффективности, позволяют выявить субъекты-аутсайдеры.



Рисунок 18 – Показатели медико-социальной эффективности деятельности региональных систем здравоохранения и ОМС

В таблице 12 приведены регионы РФ по показателям эффективности деятельности систем здравоохранения и ОМС.

По приведенным данным «принадлежность Рязанской, Смоленской, Тверской, Ярославской областей к группе субъектов-аутсайдеров объясняется, в первую очередь, низкими фактическими объемами амбулаторной медицинской помощи по сравнению со средними по РФ объемами; высокими объемами медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и большим числом вызовов скорой помощи, являющимися наиболее финансово затратными видами медицинской помощи. Для республик Дагестан, Ингушетия и Чеченской Республики характерен, прежде всего, низкий уровень эффективности использования мощностей дневных стационаров» [55, с. 210].

Полученные теоретические и практические результаты могут быть использованы для рационального выбора приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения и ОМС на федеральном и региональном уровнях. Приведенные результаты оценки эффективности будут способствовать построению типологии субъектов РФ по интенсивности проявления факторов страхового риска в целях выявления риск-значимых факторов, обуславливающих низкие уровни эффективности деятельности региональных систем.

Следовательно, в третьем разделе «Совершенствование финансовой деятельности Федерального фонда ОМС» выявлены проблемы ОМС и финансовой деятельности ФФОМС, а также определены направления перераспределения полномочий в сфере ОМС.

Заключение

Во введении обосновывается актуальность темы исследования, определены цели и задачи, объект и предмет, методы и информационная база исследования.

В первом разделе «Теоретические основы организации обязательного медицинского страхования в России и за рубежом» раскрыто место медицинского страхования в действующей системе социальных гарантий в Российской Федерации, охарактеризованы особенности механизма формирования средств ФФОМС, проанализирован зарубежный опыт медицинского страхования.

Второй раздел «Анализ формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» направлен на оценку бюджета ФФОМС за 2017-2023 гг. по доходам и расходам.

В третьем разделе «Рекомендации по совершенствованию формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» выявлены проблемы ОМС и финансовой деятельности ФФОМС, определены направления перераспределения полномочий в сфере ОМС.

Общие выводы и предложения:

- изменения в Федеральном законе № 326-ФЗ [23, с. 4], связанные с принятием Федерального закона № 430-ФЗ, нельзя назвать реформой системы ОМС в полном смысле этого слова. Это, скорее, очередной этап совершенствования системы ОМС в целях ее приведения в соответствие с реалиями современной жизни. Тем не менее, анализ опыта реализации многих новых законодательных положений может стать основой для реформирования системы ОМС;

- передачу целого ряда функций от страховых медицинских организаций Федеральному и территориальным фондам ОМС, несмотря на формальный отход от принципов классического ОМС, можно считать

положительными изменениями, поскольку в соответствии с действующим законодательством, отечественная система обязательного медицинского страхования относится к обязательному социальному страхованию (являясь одним из его элементов наряду с собственно социальным страхованием и обязательным пенсионным страхованием);

- одно из фундаментальных новшеств новой модели ОМС - вступление Федерального и территориальных фондов в договорные отношения с медицинскими организациями, чего ранее не было (за исключением договоров в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи);

- реальная экономия от сокращения функций страховых медицинских организаций, а также норматив на ведение дел, будет не слишком значительной как из-за передачи соответствующих функций Федеральному или территориальным фондам ОМС, так и в связи с тем, что сокращение норматива на ведение дел оказалось не столь значительным, как предполагалось;

- установление особого порядка финансового обеспечения федеральных медицинских организаций в системе ОМС можно признать оправданным, так как призвано обеспечить более адекватное финансовое обеспечение федеральных медицинских организаций в системе ОМС;

- требует рассмотрения вопрос о целесообразности дальнейшего разделения высокотехнологичной медицинской помощи на входящую и не входящую в базовую программу ОМС;

- считаем необходимым организовать учет сверхплановых объемов медицинской помощи. Это не только сумма неоплаченных счетов, но и косвенный показатель потребности населения в медицинской помощи.

Список используемой литературы

1. Аналитический доклад «Оценка причин и последствий масштабных изменений в нормативно-правовом регулировании системы ОМС в 2021 г.» / под ред. академика РАН Стародубова В.И. - Москва: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2021. 81 с.
2. Архипов А.П. О страховых принципах финансирования Российского здравоохранения // Финансы. 2020. № 2. С. 43-44.
3. Быстрицкая А.Ю. Понятие и современное состояние страхового рынка в России // Экономика и социум. 2020. № 5-1 (24). С. 349-351.
4. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ (ред. от 04.11.2019 г.). [Электронный ресурс]: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/ (дата обращения: 10.03.2021).
5. Гераскина О. А. Проблемы и перспективы обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования в России // Политика, экономика и инновации. 2020. № 7(9). С. 3.
6. Ефимова О.Н. Особенности развития медицинского страхования в России: Международная заочная научно-практическая конференция студентов, аспирантов и молодых ученых. URL: <http://konesh.ru/osobennosti-razvitiya-medicinskogostrahovaniya-v-rossii.html> (дата обращения 25.02.2021 г.).
7. Комаров С. Г. Некоторые аспекты деятельности медицинских организаций в условиях нового законодательства по обязательному медицинскому страхованию // Главный врач: Хозяйство и право. 2021. № 1. С. 29-33.
8. Конституция Российской Федерации, принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г. URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 10.03.2021).

9. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. [Электронный ресурс]: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 10.02.2017). URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 16.02.2021).

10. Малышева А. А. Роль территориальных фондов обязательного медицинского страхования в распределении средств обязательного медицинского страхования // Электронное приложение к Российскому юридическому журналу. 2021. № 1. С. 46-49.

11. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая) [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 31.07.1998 г. № 146 (ред. от 29.09.2021). URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 05.05.2021).

12. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 05.08.2000 г. № 117 (ред. от 29.09.2021). URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 20.03.2021).

13. О бюджете ФФОМС на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 19 декабря 2016 г. № 418. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 20.03.2021).

14. О бюджете ФФОМС на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 05 декабря 2017 г. № 368. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 20.03.2021).

15. О бюджете ФФОМС на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 28 ноября 2019 г. № 433. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 24.03.2021).

16. О бюджете ФФОМС на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 02 декабря 2019 г. № 382. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 24.03.2021).

17. О бюджете ФФОМС на 2021 г. и на плановый период 2022 и 2023 гг. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 08 декабря 2020 г. № 381. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 24.03.2021).

18. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 354. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.03.2021).

19. О страховых пенсиях [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 400-ФЗ (последняя редакция). URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 27.03.2021).

20. Об исполнении бюджета ФФОМС за 2017 г. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 1 октября 2018 г. № 357. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 28.03.2021).

21. Об исполнении бюджета ФФОМС за 2018 г. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 16 октября 2019 г. № 334. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 29.03.2021).

22. Об исполнении бюджета ФФОМС за 2019 г. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 15 октября 2020 г. № 317. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 29.03.2021).

23. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 12.03.2021).

24. Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.02.2021).

25. Об основах обязательного социального страхования [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.02.2021).

26. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 12.03.2021).

27. Об утверждении Стратегии развития страховой деятельности в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22.07.2013 № 1293-р. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 17.02.2021).

28. Омарова Э. А. Обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС): сравнительный анализ, проблемы и перспективы развития // Актуальные проблемы функционирования финансового механизма регионов: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Махачкала, 15 декабря 2016 г. / Дагестанский государственный университет. Махачкала: Общество с ограниченной ответственностью "Апробация", 2016. С. 326-330.

29. Официальный сайт Министерства финансов Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <http://www.minfin.ru> (дата обращения: 15.03.2021).

30. Официальный сайт Правительства Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: www.government.ru (дата обращения: 12.02.2021).

31. Официальный сайт Росказна [Электронный ресурс]. URL: <http://www.roskazna.ru> (дата обращения: 11.02.2021).

32. Официальный сайт Счетной палаты Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: www.ach.gov.ru (дата обращения: 27.02.2021).

33. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 15.03.2021).

34. Официальный сайт ФФОМС [Электронный ресурс]. URL: <http://ffoms.ru/system-oms/about-fund/action-plan/> (дата обращения: 16.02.2021).

35. Павлова Т. О. Проблемы и перспективы медицинского страхования в России // Актуальные направления научных исследований: от теории к практике. 2016. № 4-2 (10). С. 221-226.

36. Переверзева Ю. В. Сравнительный анализ доходов и расходов Фонда социального страхования Российской Федерации // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. 2018. № 6 (16). С. 124-128.

37. Подъяблонская Л. М. Государственные и муниципальные финансы: учебник для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Государственное и муниципальное управление», «Финансы и кредит» // Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2014. 559 с.

38. Поляк Г. Б. Способы организации финансовых ресурсов экономического и социального развития государства // Финансы и кредит. 2017. № 34 (514). С. 2-6.

39. Поляк Г. Б. Финансы: учебник. Москва: ЮНИТИ, 2015. 639 с.

40. Полякова Г.Б. Бюджетная система России. Москва: ЮНИТИ, 2014. 421 с.

41. Роик В. Д. Экономика, финансы и право социального страхования / В. Д. Роик Москва: Альпина Паблишер. 2012. 258 с.

42. Роик В. Д. ОМС: теория и практика: учебное пособие. Москва: Дело и Сервис, 2015. 208 с.

43. Роик В. Д. Перспективы развития социального страхования // Вестник государственного социального страхования. 2019. № 1. С. 40- 44.

44. Романовский М. В. Финансы: учебник. Москва: Юрайт, 2016. 504 с.

45. Социальный ПИН в действии [Электронный ресурс]. URL: <http://www.fss.orenburg.ru/index.php/component/content/article/2-2009-12-08-06-55-32/973-07112017> (дата обращения: 15.03.2021).

46. Сплетугов Ю.А. Направления совершенствования медицинского страхования в стране // Финансы. 2021. № 1. С. 45-49.

47. Стародубцева К. А. Правовые, экономические и социальные проблемы реформирования системы здравоохранения в РФ // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2015. № 9-1 (59). С. 165-169.

48. Старченко А. А. Внутрибольничные инфекции: правила менеджмента качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Медицинское право. 2020. № 3. С. 30-35.

49. Страхование: учебник / под ред. Л. А. Орланюк-Малицкой, С. Ю. Яновой. Москва: Юрайт, 2015. 382 с.

50. Страхование: учебник / под ред. Т. А. Федоровой. Москва: Магистр, 2008. 1006 с.

51. Сударикова И. А. Направления и инструменты развития конкуренции в сфере обязательного медицинского страхования // Наука и общество. 2018. № 4. С. 57-62.

52. Сударикова И. А. Роль медицинского страхования в финансировании расходов на охрану здоровья // Страховое дело. 2019. № 7 (256). С. 35-40.

53. Тимонина Е.Н. Проблема выбора: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование или услуги частных клиник // Страховые интересы современного общества и их обеспечение. 2013. С. 346-349.

54. Тинякова Т. Н. Формирование рейтинговых оценок эффективности деятельности региональных систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования // Экономика региона. 2015. № 4. С. 197-213.

55. Тихонова С. С. Порядок осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля в сфере обязательного медицинского страхования // Бухучет в здравоохранении. 2019. № 5. С. 60-64.

56. Черненко Е. Э. Роль фондов обязательного медицинского страхования в организации медицинского страхования в Российской Федерации // Взаимодействие финансового и реального сектора экономики в

контексте становления экономики знаний: сборник статей Международной научно-практической конференции, Казань, 21 августа 2020 г.. Казань: Общество с ограниченной ответственностью "Аэтерна", 2020. С. 190-194.

57. Широкова Д. Е. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России: характеристика, проблемы, нормативно-правовое регулирование // Трибуна ученого. 2020. № 10. С. 302-311.

58. Шарифьянова З.Ф. Добровольное медицинское страхование и обязательное медицинское страхование: сравнительный анализ // Инновационная наука. 2016. № 5-1(17). С.198-201.

59. Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: практическое пособие. Москва: ИНФРА-М, 2020. 184 с. URL: <https://znanium.com/catalog/product/1086760> (дата обращения: 20.09.2021).

60. Medical drug provision of the population under the compulsory medical insurance fund (literature review) // Фармация Казахстана. 2020. № 1. Р. 27-31.

Приложение А

Характеристика изменений полномочий участников системы ОМС

Таблица А.1 - Изменения полномочий участников системы ОМС

Публично-правовые образования, органы государственной власти, субъекты и участники системы ОМС	Полномочия, перешедшие к другой стороне	Новые полномочия
Российская Федерация	-	Финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти
Субъекты Российской Федерации	Осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную федеральными и медицинскими организациями, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ	-
Минздрав России	-	<ul style="list-style-type: none"> - утверждение методики расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи; - установление порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения; - установление требований к структуре и содержанию тарифного соглашения
ФФОМС	<ul style="list-style-type: none"> - установление порядка осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам; - установление требований к структуре и содержанию тарифного соглашения 	<ul style="list-style-type: none"> - возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью; - ведение единого реестра медицинских организаций; - ведение единого реестра экспертов качества медицинской помощи; - использование средств нормированного страхового запаса для федеральных медицинских организаций

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

Территориальные фонды	<p>- использование средств нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в соответствии с п.7.1) ч.2. статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ применительно к федеральным медицинским организациям</p>	<p>- получение от Федерального фонда данных персонифицированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, федеральными медицинскими организациями в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ;</p> <p>- осуществление медико-экономического контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи пообязательному медицинскому страхованию</p>
СМО	<p>- осуществление медико-экономического контроля в рамках реализации территориальных программ ОМС;</p> <p>- осуществление оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС;</p>	

Приложение Б

Бухгалтерская отчетность СПАО «Ингосстрах»

Таблица Б.1 – Бухгалтерский баланс СПАО «Ингосстрах» в 2019-2020 гг.

Код территории по ОКАТО	Код некредитной финансовой организации	
	по ОКПО	Регистрационный номер (порядковый номер)
45286560000	02250942	928

БУХГАЛТЕРСКИЙ БАЛАНС СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

на 31 Декабря 2020 г.

Полное фирменное наименование /

Страховое публичное акционерное общество "Ингосстрах"

сокращенное фирменное наименование

СПАО "Ингосстрах"

Почтовый адрес 117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр.2

Код формы по ОКУД 0420125

Годовая
(тыс. руб.)

Номер строки	Наименование показателя	Примечания к строкам	На 31.12.2020 г.	На 31.12.2019 г.
1	2	3	4	5
Раздел I. АКТИВЫ				
1	Денежные средства и их эквиваленты	5	20 921 214	9 604 679
2	Депозиты и прочие размещенные средства в кредитных организациях и банках-нерезидентах	6	13 843 898	32 131 852
3	Финансовые активы, оцениваемые по справедливой стоимости, изменение которой отражается в составе прибыли или убытка	7	13 019 526	22 475 645
4	Финансовые активы, имеющиеся в наличии для продажи	8	54 454 012	32 339 430
5	Финансовые активы, удерживаемые до погашения	9	9 578 607	-
6	Дебиторская задолженность по операциям страхования, сострахования и перестрахования	10	21 999 872	20 840 989
8	Займы, прочие размещенные средства и прочая дебиторская задолженность	12	10 279 114	12 059 817
11	Доля перестраховщиков в резервах по страхованию иному, чем страхование жизни	15	12 987 665	9 373 310
14	Инвестиции в дочерние предприятия	18	16 688 747	16 592 747
16	Инвестиционное имущество	20	1 408 164	1 452 189
17	Нематериальные активы	21	292 507	319 463
18	Основные средства	22	7 802 557	8 504 736
19	Отложенные аквизиционные расходы	23	11 365 838	9 990 167
20	Требования по текущему налогу на прибыль	58	1 675 644	1 037 025
21	Отложенные налоговые активы	58	280 868	334 424
22	Прочие активы	24	2 311 385	1 860 716
23	Итого активов		198 909 618	178 917 189

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

Раздел II. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА				
25	Займы и прочие привлеченные средства	27	1 073 457	1 933 256
28	Кредиторская задолженность по операциям страхования, сострахования и перестрахования	30	12 646 575	10 945 130
33	Резервы по страхованию иному, чем страхование жизни	15	89 213 317	82 385 694
34	Обязательства по вознаграждениям работникам по окончании трудовой деятельности, не ограниченными фиксируемыми платежами	33	80 507	87 722
35	Отложенные аквизиционные доходы	23	206 816	203 076
36	Обязательство по текущему налогу на прибыль	58	112 622	72 905
37	Отложенные налоговые обязательства	58	3 582 318	2 899 246
38	Резервы - оценочные обязательства	34	1 072 763	1 485 616
39	Прочие обязательства	35	3 163 228	3 116 836
40	Итого обязательств		111 151 603	103 129 481
Раздел III. КАПИТАЛ				
41	Уставный капитал	36	28 377 293	28 377 293
	в том числе			
41.1	корректировка уставного капитала в соответствии с МСФО (IAS) 29		877 293	877 293
44	Резервный капитал	36	3 809 106	3 809 106
45	Резерв переоценки по справедливой стоимости финансовых активов, имеющихся в наличии для продажи		663 758	853 711
46	Резерв переоценки основных средств и нематериальных активов		2 472 233	2 443 098
47	Резерв переоценки (активов) обязательств по вознаграждениям работникам по окончании трудовой деятельности, не ограниченными фиксируемыми платежами		5 958	7 747
50	Нераспределенная прибыль (непокрытый убыток)		52 429 667	40 296 753
51	Итого капитала		87 758 015	75 787 708
52	Итого капитала и обязательств		198 909 618	178 917 189

Должностное лицо,
подписавшее отчетность

24 февраля 2021 г.

Генеральный директор

(должность)



(подпись)

А.С. Ларкин

(расшифровка подписи)

Продолжение Приложения Б

Таблица Б.2 – Отчет о финансовых результатах СПАО «Ингосстрах» в 2019-2020 гг.

Код территории по ОКАТО	Код некредитной финансовой организации	
	по ОКПО	Регистрационный номер (порядковый номер)
45286560000	02250942	928

ОТЧЕТ О ФИНАНСОВЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
за 2020 г.

Полное фирменное наименование /
 сокращенное фирменное наименование
 Почтовый адрес 117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр.2
 Страховое публичное акционерное общество "Ингосстрах"
 СПАО "Ингосстрах"

Код формы по ОКУД 0420126
 Годовая
 (тыс. руб.)

Номер строки	Наименование показателя	Примечание к строкам	За 2020 г.	За 2019 г.
1	2	3	4	5
Раздел I. Страховая деятельность				
Подраздел 2. Страхование иное, чем страхование жизни				
8	Заработанные страховые премии – нетто-перестрахование, в том числе:	44	91 867 546	89 398 619
8.1	страховые премии по операциям страхования, сострахования и перестрахования	44	116 027 246	110 168 186
8.2	страховые премии, переданные в перестрахование	44	(21 816 212)	(15 611 665)
8.3	изменение резерва незаработанной премии		(4 109 853)	(5 219 025)
8.4	изменение доли перестраховщиков в резерве незаработанной премии		1 766 365	61 123
9	Состоявшиеся убытки – нетто-перестрахование, в том числе:	45	(46 398 797)	(49 330 596)
9.1	выплаты по операциям страхования, сострахования и перестрахования	45	(52 790 574)	(55 534 488)
9.2	расходы по урегулированию убытков	45	(1 924 606)	(2 472 328)
9.3	доля перестраховщиков в выплатах		4 333 372	7 563 095
9.4	изменение резервов убытков	45	(2 574 485)	(1 437 601)
9.5	изменение доли перестраховщиков в резервах убытков	45	1 847 437	(2 551 419)
9.6	доходы от регрессов, суброгаций и прочих возмещений – нетто-перестрахование	45	4 852 792	4 729 113
9.7	изменение оценки будущих поступлений по регрессам, суброгациям и прочим возмещениям – нетто-перестрахование	45	(142 733)	373 032
10	Расходы по ведению страховых операций – нетто-перестрахование, в том числе:	46	(23 678 734)	(21 221 902)
10.1	аквизиционные расходы	46	(25 800 104)	(24 405 859)
10.2	перестраховочная комиссия по договорам перестрахования		749 438	733 602

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Номер строки	Наименование показателя	Примечание к строкам	За 2020 г.	За 2019 г.
1	2	3	4	5
10.3	изменение отложенных аквизиционных расходов и доходов	46	1 371 932	2 450 355
11	Отчисления от страховых премий	47	(770 865)	(885 807)
12	Прочие доходы по страхованию иному, чем страхование жизни	48	2 612 750	2 493 782
13	Прочие расходы по страхованию иному, чем страхование жизни	48	(4 743 959)	(4 859 281)
14	Результат от операций по страхованию иному, чем страхование жизни		18 887 941	15 594 815
15	Итого доходов за вычетом расходов (расходов за вычетом доходов) от страховой деятельности		18 887 941	15 594 815
Раздел II. Инвестиционная деятельность				
16	Процентные доходы	49	6 405 382	6 802 695
17	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) по операциям с финансовыми инструментами, оцениваемыми по справедливой стоимости, изменение которой отражается в составе прибыли или убытка, кроме финансовых обязательств, классифицируемых как оцениваемые по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе прибыли или убытка, при первоначальном признании	50	896 585	2 905 196
18	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) по операциям с финансовыми активами, имеющимися в наличии для продажи	51	380 343	278 189
19	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) от операций с инвестиционным имуществом	52	20 225	(27 606)
20	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) по операциям с иностранной валютой		2 584 073	(1 370 516)
21	Прочие инвестиционные доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов)	53	700 847	(19 844)
22	Итого доходов за вычетом расходов (расходов за вычетом доходов) от инвестиционной деятельности		10 987 455	8 568 114
Раздел III. Прочие операционные доходы и расходы				
23	Общие и административные расходы	54	(13 127 127)	(14 823 200)
24	Процентные расходы	55	(132 721)	(194 920)
27	Прочие доходы	57	291 209	345 107
28	Прочие расходы	57	(1 581 617)	(1 384 518)
29	Итого доходов (расходов) от прочей операционной деятельности		(14 550 256)	(16 057 531)
30	Прибыль (убыток) до налогообложения		15 325 140	8 105 398
31	Доход (расход) по налогу на прибыль, в том числе:	58	(3 193 420)	(1 911 471)
31.1	доход (расход) по текущему налогу на прибыль	58	(2 416 885)	(630 831)
31.2	доход (расход) по отложенному налогу на прибыль	58	(776 535)	(1 280 640)
33	Прибыль (убыток) после налогообложения		12 131 720	6 193 927
Раздел IV. Прочий совокупный доход				

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Номер строки	Наименование показателя	Примечание к строкам	За 2020 г.	За 2019 г.
1	2	3	4	5
34	Прочий совокупный доход (расход), не подлежащий переклассификации в состав прибыли или убытка в последующих периодах, в том числе:		27 346	(38 478)
35	доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) от переоценки основных средств и нематериальных активов, в том числе:		36 419	(45 540)
36	в результате выбытия		(1 493)	-
37	в результате переоценки	22	37 912	(45 540)
38	налог на прибыль по доходам за вычетом расходов (расходам за вычетом доходов) от переоценки основных средств и нематериальных активов	58	(7 284)	9 108
39	чистое изменение переоценки обязательств (активов) по вознаграждениям работникам по окончании трудовой деятельности, не ограниченным фиксируемыми платежами	33	(1 789)	(2 046)
43	Прочий совокупный доход (расход), подлежащий переклассификации в состав прибыли или убытка в последующих периодах, в том числе:		(189 953)	1 057 686
44	чистое изменение справедливой стоимости финансовых активов, имеющих в наличии для продажи, в том числе:	51	(189 953)	1 057 686
45	изменение справедливой стоимости финансовых активов, имеющих в наличии для продажи		109 471	1 596 979
46	налог на прибыль, связанный с изменением справедливой стоимости финансовых активов, имеющих в наличии для продажи	58	(21 894)	(319 396)
47	переклассификация в состав прибыли или убытка, в том числе:		(277 530)	(219 897)
49	выбытие		(346 912)	(274 871)
50	налог на прибыль, связанный с переклассификацией		69 382	54 974
53	Итого прочий совокупный доход (расход) за отчетный период		(162 607)	1 019 208
54	Итого совокупный доход (расход) за отчетный период		11 969 113	7 213 135

Должностное лицо,
подписавшее отчетность

24 февраля 2021 г.

Генеральный директор
(должность)

(подпись)

А.С. Ларкин

(расшифровка подписи)



Продолжение Приложения Б

Таблица Б.3 – Бухгалтерский баланс СПАО «Ингосстрах» за 2018 г.

Код территории по ОКАТО	Код некредитной финансовой организации	
	по ОКПО	Регистрационный номер (порядковый номер)
45286560000	02250942	928

БУХГАЛТЕРСКИЙ БАЛАНС СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

на 31 декабря 2018 г.

Страховое публичное акционерное общество "Ингосстрах"

СПАО "Ингосстрах"

(полное фирменное и сокращенное фирменное наименования)

Почтовый адрес 117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр.2

Код формы по ОКУД: 0420125

Годовая (квартальная)

(тыс. руб.)

Номер строки	Наименование показателя	Примечания к строкам	На 31 декабря 2018 г.	На 31 декабря 2017 г.
1	2	3	4	5
Раздел I. Активы				
1	Денежные средства и их эквиваленты	5	6 572 105	1 759 916
2	Депозиты и прочие размещенные средства в кредитных организациях и банках-нерезидентах	6	35 091 276	28 621 492
3	Финансовые активы, оцениваемые по справедливой стоимости, изменение которой отражается в составе прибыли или убытка, в том числе:	7	26 014 388	45 871 661
3.1	финансовые активы, переданные без прекращения признания	7	-	-
4	Финансовые активы, имеющиеся в наличии для продажи, в том числе:	8	15 881 708	150 750
4.1	финансовые активы, переданные без прекращения признания	8	-	-
5	Финансовые активы, удерживаемые до погашения, в том числе:	9	-	-
5.1	финансовые активы, переданные без прекращения признания	9	-	-
6	Дебиторская задолженность по операциям страхования, сострахования и перестрахования	10	18 718 727	17 718 453
7	Дебиторская задолженность по операциям в сфере обязательного медицинского страхования	11	-	-
8	Займы, прочие размещенные средства и прочая дебиторская задолженность	12	11 046 157	9 263 436
9	Доля перестраховщиков в резервах по договорам страхования жизни, классифицированным как страховые	13	-	-
10	Доля перестраховщиков в обязательствах по договорам страхования жизни, классифицированным как инвестиционные	14	-	-

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.3

1	2	3	4	5
11	Доля перестраховщиков в резервах по страхованию иному, чем страхование жизни	15	11 866 067	12 571 104
12	Инвестиции в ассоциированные предприятия	16	-	-
13	Инвестиции в совместно контролируемые предприятия	17	-	-
14	Инвестиции в дочерние предприятия	18	16 579 597	17 244 615
15	Активы, включенные в выбывающие группы, классифицируемые как предназначенные для продажи	19	3 071	-
16	Инвестиционное имущество	20	1 753 068	1 998 166
17	Нематериальные активы	21	352 626	201 483
18	Основные средства	22	6 895 889	5 405 084
19	Отложенные аквизиционные расходы	23	7 549 986	5 547 950
20	Требования по текущему налогу на прибыль	58	186 923	23 059
21	Отложенные налоговые активы	58	423 661	303 944
22	Прочие активы	24	1 878 953	1 645 071
23	Итого активов		160 814 202	148 326 184
Раздел II. Обязательства				
24	Финансовые обязательства, оцениваемые по справедливой стоимости, изменение которой отражается в составе прибыли или убытка	26	-	-
25	Займы и прочие привлеченные средства	27	300 159	-
26	Выпущенные долговые ценные бумаги	28	-	-
27	Кредиторская задолженность по операциям в сфере обязательного медицинского страхования	29	-	-
28	Кредиторская задолженность по операциям страхования, сострахования и перестрахования	30	9 769 365	8 719 068
29	Обязательства, включенные в выбывающие группы, классифицируемые как предназначенные для продажи	19	-	-
30	Резервы по договорам страхования жизни, классифицированным как страховые	13	-	-
31	Обязательства по договорам страхования жизни, классифицированным как инвестиционные с негарантированной возможностью получения дополнительных выгод	31	-	-
32	Обязательства по договорам страхования жизни, классифицированным как инвестиционные без негарантированной возможности получения дополнительных выгод	32	-	-
33	Резервы по страхованию иному, чем страхование жизни	15	76 104 561	70 600 096
34	Обязательства по вознаграждениям работникам по окончании трудовой деятельности, не ограниченными фиксируемыми платежами	33	91 663	95 361
35	Отложенные аквизиционные доходы	23	213 250	170 064
36	Обязательство по текущему налогу на прибыль	58	39 004	591 956
37	Отложенные налоговые обязательства	58	1 452 529	2 022 801
38	Резервы – оценочные обязательства	34	1 423 008	1 942 324
39	Прочие обязательства	35	2 846 090	2 185 504
40	Итого обязательств		92 239 629	86 327 174
Раздел III. Капитал				
41	Уставный капитал	36	18 377 293	18 377 293
42	Добавочный капитал	36	-	-
43	Собственные акции (доли), выкупленные у акционеров (участников)	36	-	-
44	Резервный капитал	36	3 809 106	3 809 106
45	Резерв переоценки по справедливой стоимости финансовых активов, имеющихся в наличии для продажи		(203 975)	-

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.3

1	2	3	4	5
46	Резерв переоценки основных средств и нематериальных активов		2 479 530	2 395 250
47	Резерв переоценки (активов) обязательств по вознаграждениям работникам по окончании трудовой деятельности, не ограниченным фиксируемыми платежами		9 793	13 927
48	Резерв хеджирования денежных потоков		-	-
49	Прочие резервы		-	-
50	Нераспределенная прибыль (непокрытый убыток)		44 102 826	37 403 434
51	Итого капитала		68 574 573	61 999 010
52	Итого капитала и обязательств		160 814 202	148 326 184

Генеральный директор
(должность руководителя)

22 февраля 2019 г.

(подпись)

Волков Михаил Юрьевич
(инициалы, фамилия)



Продолжение Приложения Б

Таблица Б.4 – Отчет о финансовых результатах СПАО «Ингосстрах» за 2018 г.

Код территории по ОКАТО	Код некредитной финансовой организации	
	по ОКПО	Регистрационный номер (порядковый номер)
45286560000	02250942	928

ОТЧЕТ О ФИНАНСОВЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

за 2018 г.

Страховое публичное акционерное общество "Ингосстрах"
СПАО "Ингосстрах"

(полное фирменное и сокращенное фирменное наименования)

Почтовый адрес 117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр.2

Код формы по ОКУД: 0420126
Годовая (квартальная)
(тыс. руб.)

Номер строки	Наименование показателя	Примечания к строкам	За 2018 г.	За 2017 г.
1	2	3	4	5
Раздел I. Страховая деятельность				
Подраздел I. Страхование жизни				
1	Заработанные страховые премии – нетто-перестрахование, в том числе:		-	-
1.1	страховые премии по операциям страхования, со страхования и перестрахования	39	-	-
1.2	страховые премии, переданные в перестрахование	39	-	-
1.3	изменение резерва незаработанной премии		-	-
1.4	изменение доли перестраховщиков в резерве незаработанной премии		-	-
2	Выплаты – нетто-перестрахование, в том числе:	40	-	-
2.1	выплаты по операциям страхования, со страхования и перестрахования	40	-	-
2.2	доля перестраховщиков в выплатах	40	-	-
2.3	дополнительные выплаты (страховые бонусы)	40	-	-
2.4	расходы по урегулированию убытков	40	-	-
3	Изменение резервов и обязательств – нетто-перестрахование, в том числе:	41	-	-
3.1	изменение резервов и обязательств	41	-	-
3.2	изменение доли перестраховщиков в резервах и обязательствах	41	-	-
4	Расходы по ведению страховых операций – нетто-перестрахование, в том числе:	42	-	-
4.1	аквизиционные расходы	42	-	-
4.2	перестраховочная комиссия по договорам перестрахования	42	-	-
4.3	изменение отложенных аквизиционных расходов и доходов	42	-	-

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.4

1	2	3	4	5
5	Прочие доходы по страхованию жизни	43	-	-
6	Прочие расходы по страхованию жизни	43	-	-
7	Результат от операций по страхованию жизни		-	-
Подраздел 2. Страхование иное, чем страхование жизни				
8	Заработанные страховые премии – нетто-перестрахование, в том числе:	44	74 135 016	77 742 456
8.1	страховые премии по операциям страхования, сострахования и перестрахования	44	91 684 489	84 295 242
8.2	страховые премии, переданные в перестрахование	44	(11 274 397)	(9 539 119)
8.3	изменение резерва незаработанной премии		(6 565 918)	3 885 864
8.4	изменение доли перестраховщиков в резерве незаработанной премии		290 842	(899 531)
9	Состоявшиеся убытки – нетто-перестрахование, в том числе:	45	(36 003 153)	(40 396 449)
9.1	выплаты по операциям страхования, сострахования и перестрахования	45	(44 220 602)	(45 403 389)
9.2	расходы по урегулированию убытков	45	(2 625 704)	(2 234 597)
9.3	доля перестраховщиков в выплатах		6 467 475	4 337 333
9.4	изменение резервов убытков	45	892 097	(4 299 791)
9.5	изменение доли перестраховщиков в резервах убытков	45	(996 949)	3 280 127
9.6	доходы от регрессов, суброгаций и прочих возмещений – нетто-перестрахование	45	4 309 699	4 036 362
9.7	изменение оценки будущих поступлений по регрессам, суброгациям и прочим возмещениям – нетто-перестрахование	45	170 831	(112 494)
10	Расходы по ведению страховых операций – нетто-перестрахование, в том числе:	46	(15 487 727)	(14 994 045)
10.1	аквизиционные расходы	46	(18 095 831)	(14 758 131)
10.2	перестраховочная комиссия по договорам перестрахования		649 254	498 144
10.3	изменение отложенных аквизиционных расходов и доходов	46	1 958 850	(734 058)
11	Отчисления от страховых премий	47	(747 124)	(707 340)
12	Прочие доходы по страхованию иному, чем страхование жизни	48	2 336 975	3 540 806
13	Прочие расходы по страхованию иному, чем страхование жизни	48	(4 331 409)	(6 926 936)
14	Результат от операций по страхованию иному, чем страхование жизни		19 902 578	18 258 492
15	Итого доходов за вычетом расходов (расходов за вычетом доходов) от страховой деятельности		19 902 578	18 258 492
Раздел II. Инвестиционная деятельность				
16	Процентные доходы	49	6 155 217	6 699 491
17	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) по операциям с финансовыми инструментами, оцениваемыми по справедливой стоимости, изменением которой отражается в составе прибыли или убытка, кроме финансовых обязательств, классифицируемых как оцениваемые по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе прибыли или убытка, при первоначальном признании	50	(5 124 337)	699 742

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.4

1	2	3	4	5
18	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) по операциям с финансовыми активами, имеющимися в наличии для продажи	51	19 991	-
19	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) от операций с инвестиционным имуществом	52	(56 806)	(148 266)
20	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) по операциям с иностранной валютой		1 949 150	(624 383)
21	Прочие инвестиционные доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов)	53	(295 253)	32 351
22	Итого доходов за вычетом расходов (расходов за вычетом доходов) от инвестиционной деятельности		2 647 962	6 658 935
Раздел III. Прочие операционные доходы и расходы				
23	Общие и административные расходы	54	(12 873 289)	(10 916 782)
24	Процентные расходы	55	(2 003)	(7)
24 ¹	Доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) от операций с финансовыми обязательствами, классифицированными как оцениваемые по справедливой стоимости, изменения которой отражаются в составе прибыли или убытка, при первоначальном признании		-	-
25	Доходы по операциям в сфере обязательного медицинского страхования	56	-	-
26	Расходы по операциям в сфере обязательного медицинского страхования	56	-	-
27	Прочие доходы	57	557 073	508 522
28	Прочие расходы	57	(1 659 713)	(825 243)
29	Итого доходов (расходов) от прочей операционной деятельности		(13 977 932)	(11 233 510)
30	Прибыль (убыток) до налогообложения		8 572 608	13 683 917
31	Доход (расход) по налогу на прибыль, в том числе:	58	(1 873 216)	(2 933 938)
31.1	доход (расход) по текущему налогу на прибыль	58	(2 533 281)	(2 321 311)
31.2	доход (расход) по отложенному налогу на прибыль	58	660 065	(612 627)
32	Прибыль (убыток) от прекращенной деятельности, переоценки и выбытия активов (выбывающих групп), классифицированных как предназначенные для продажи, составляющих прекращенную деятельность, после налогообложения	19	-	-
33	Прибыль (убыток) после налогообложения		6 699 392	10 749 979
Раздел IV. Прочий совокупный доход				
34	Прочий совокупный доход (расход), не подлежащий переклассификации в состав прибыли или убытка в последующих периодах, в том числе:		80 146	(51 129)
35	доходы за вычетом расходов (расходы за вычетом доходов) от переоценки основных средств и нематериальных активов, в том числе:		105 350	(81 320)
36	в результате выбытия		-	-
37	в результате переоценки	22	105 350	(81 320)

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.4

1	2	3	4	5
38	налог на прибыль по доходам за вычетом расходов (расходам за вычетом доходов) от переоценки основных средств и нематериальных активов	58	(21 070)	16 264
39	чистое изменение переоценки обязательств (активов) по вознаграждениям работникам по окончании трудовой деятельности, не ограниченным фиксируемыми платежами	33	(4 134)	13 927
40	влияние налога на прибыль, связанного с изменением переоценки обязательств (активов) по вознаграждениям работникам по окончании трудовой деятельности, не ограниченным фиксируемыми платежами	58	-	-
41	прочий совокупный доход (расход) от прочих операций		-	-
42	налог на прибыль, относящийся к прочему совокупному доходу (расходу) от прочих операций		-	-
43	Прочий совокупный доход (расход), подлежащий переклассификации в состав прибыли или убытка в последующих периодах, в том числе:		(203 975)	-
44	чистое изменение справедливой стоимости финансовых активов, имеющихся в наличии для продажи, в том числе:	51	(203 975)	-
45	изменение справедливой стоимости финансовых активов, имеющихся в наличии для продажи		(226 600)	-
46	налог на прибыль, связанный с изменением справедливой стоимости финансовых активов, имеющихся в наличии для продажи	58	45 320	-
47	переклассификация в состав прибыли или убытка, в том числе:		(22 695)	-
48	обесценение		-	-
49	выбытие		(28 369)	-
50	налог на прибыль, связанный с переклассификацией		5 674	-
51	прочий совокупный доход (расход) от прочих операций	65	-	-
52	налог на прибыль, относящийся к прочему совокупному доходу (расходу) от прочих операций	58	-	-
53	Итого прочий совокупный доход (расход) за отчетный период		(123 829)	(51 129)
54	Итого совокупный доход (расход) за отчетный период		6 575 563	10 698 850

Генеральный директор
(должность руководителя)

 Волков Михаил Юрьевич
(подпись) (инициалы, фамилия)

22 февраля 2019 г.



Продолжение Приложения Б

Таблица Б.5 – Отчет о потоках денежных средств СПАО «Ингосстрах» в 2018-2019 гг.

Код территории по ОКATO	Код некредитной финансовой организации	
	по ОКПО	Регистрационный номер (порядковый номер)
45286560000	72317398	3837

ОТЧЕТ О ПОТОКАХ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

за 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "Ингосстрах - М"
ООО "СК "Ингосстрах-М"

(полное фирменное и сокращенное фирменное наименования)

Почтовый адрес 117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр.2

Код формы по ОКУД: 0420128

Годовая (квартальная)

(тыс. руб.)

Номер строки	Наименование показателя	Примечания к строкам	За 2019 г.	За 2018 г.
1	2	3	4	5
Раздел I. Денежные потоки от операционной деятельности				
3	Страховые премии по договорам страхования и перестрахования иного, чем страхование жизни, полученные		11 984	17
12	Оплата расходов по урегулированию убытков		(261)	(80)
19	Поступления, связанные с обязательным медицинским страхованием		83 702 176	75 655 848
20	Платежи, связанные с обязательным медицинским страхованием		(82 707 333)	(74 834 012)
21	Проценты полученные		33 607	34 084
22	Проценты уплаченные		(6 601)	-
24	Выплата заработной платы и прочего вознаграждения работникам		(413 417)	(382 695)
27	Оплата прочих административных и операционных расходов		(116 112)	(133 186)
28	Уплаченный налог на прибыль		(84 438)	(75 088)
29	Прочие денежные потоки от операционной деятельности		4 523	4 418
30	Сальдо денежных потоков от операционной деятельности		424 128	269 306
Раздел II. Денежные потоки от инвестиционной деятельности				
41	Поступления от продажи и погашения финансовых активов, оцениваемых по справедливой стоимости через прочий совокупный доход		98 900	210 042
42	Платежи в связи с приобретением финансовых активов, оцениваемых по справедливой стоимости через прочий совокупный доход		(121 714)	(176 022)
48	Сальдо денежных потоков от инвестиционной деятельности		(22 814)	34 020
Раздел III. Денежные потоки от финансовой деятельности				
56	Выплаченные дивиденды	65	(200 000)	(270 000)
58.1	Платежи в погашение обязательств по договорам аренды		(23 073)	-
61	Сальдо денежных потоков от финансовой деятельности		(223 073)	(270 000)
62	Сальдо денежных потоков за отчетный период		178 241	33 326
63	Величина влияния изменений курса иностранной валюты по отношению к рублю		-	1 378

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.5

1	2	3	4	5
64	Остаток денежных средств и их эквивалентов на начало отчетного периода	5	381 777	347 073
65	Остаток денежных средств и их эквивалентов на конец отчетного периода	5	560 018	381 777

Генеральный директор
(должность руководителя)

(подпись)

Курбатова Наталья Анатольевна
(инициалы, фамилия)

25.02.2020



Продолжение Приложения Б

Таблица В.6 – Отчет о потоках денежных средств СПАО «Ингосстрах» в 2019-2020 гг.

Код территории по ОКАТО	Код некредитной финансовой организации	
	по ОКПО	Регистрационный номер (порядковый номер)
45286560000	72317398	3837

ОТЧЕТ О ПОТОКАХ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

за 2020 г.

Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "Ингосстрах - М"

ООО "СК "Ингосстрах-М"

(полное фирменное и сокращенное фирменное наименования)

Почтовый адрес 115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр.2

Код формы по ОКУД: 0420128

Годовая (квартальная)

(тыс. руб.)

Номер строки	Наименование показателя	Примечания к строкам	За 2020 г.	За 2019 г.
1	2	3	4	5
Раздел I. Денежные потоки от операционной деятельности				
3	Страховые премии по договорам страхования и перестрахования иного, чем страхование жизни, полученные		40 345	11 984
12	Оплата расходов по урегулированию убытков		(17 285)	(261)
19	Поступления, связанные с обязательным медицинским страхованием		102 904 027	83 702 176
20	Платежи, связанные с обязательным медицинским страхованием		(101 945 392)	(82 707 333)
21	Проценты полученные		46 763	33 607
23	Поступления дивидендов и иных аналогичных выплат		718	-
24	Выплата заработной платы и прочего вознаграждения работникам		(475 935)	(413 417)
27	Оплата прочих административных и операционных расходов		(112 200)	(116 112)
28	Уплаченный налог на прибыль		(83 806)	(84 438)
29	Прочие денежные потоки от операционной деятельности		111 857	4 523
30	Сальдо денежных потоков от операционной деятельности		469 092	430 729
Раздел II. Денежные потоки от инвестиционной деятельности				
39	Поступления от продажи и погашения финансовых активов, классифицируемых как оцениваемые по справедливой стоимости через прибыль или убыток по усмотрению страховщика		15 102	-
40	Платежи в связи с приобретением финансовых активов, классифицируемых как оцениваемые по справедливой стоимости через прибыль или убыток по усмотрению страховщика		(29 285)	-
41	Поступления от продажи и погашения финансовых активов, оцениваемых по справедливой стоимости через прочий совокупный доход		77 628	98 900
42	Платежи в связи с приобретением финансовых активов, оцениваемых по справедливой стоимости через прочий совокупный доход		(92 422)	(121 714)
48	Сальдо денежных потоков от инвестиционной деятельности		(28 977)	(22 814)

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы В.6

1	2	3	4	5
Раздел III. Денежные потоки от финансовой деятельности				
56	Выплаченные дивиденды	65	(180 000)	(200 000)
58.1	Платежи в погашение обязательств по договорам аренды		(40 923)	(29 674)
61	Сальдо денежных потоков от финансовой деятельности		(220 923)	(229 674)
62	Сальдо денежных потоков за отчетный период		219 192	178 241
63	Величина влияния изменений курса иностранной валюты по отношению к рублю		620	-
64	Остаток денежных средств и их эквивалентов на начало отчетного периода	5	560 018	381 777
65	Остаток денежных средств и их эквивалентов на конец отчетного периода	5	779 830	560 018

Генеральный директор
(должность руководителя)

24.02.2021



(подпись)

Курбатова Наталья Анатольевна
(инициалы, фамилия)