

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
Санкт-Петербургский государственный университет
Институт «Высшая школа менеджмента»

**УПРАВЛЕНИЕ ВЗНОСАМИ
ЗА НЕРАБОТАЮЩЕЕ НАСЕЛЕНИЕ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Выпускная квалификационная работа
студентки 4 курса
бакалаврской программы
направления «Государственное и
муниципальное управление»
САБАЕВОЙ Василисы Владиславовны



Научный руководитель:
кандидат физико-математических наук,
доцент кафедры ГМУ
ИВАНОВ Андрей Евгеньевич

«СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕБОВАНИЯМ»

(подпись научного руководителя)

« ____ » _____ 2020 г.

Санкт-Петербург

2020

ЗАЯВЛЕНИЕ О САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ВЫПОЛНЕНИИ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Я, Сабаева Василиса Владиславовна, студентка 4 курса направления 38.03.04 «Государственное и муниципальное управление», заявляю, что в моей выпускной квалификационной работе на тему «Управление взносами за неработающее население в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» не содержится элементов плагиата. Все прямые заимствования из печатных и электронных источников, а также из защищенных ранее курсовых и выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций имеют соответствующие ссылки.

Мне известно содержание п. 6.3 правил обучения по основным образовательным программам высшего и среднего профессионального образования в СПбГУ о том, что «требования к выполнению выпускной квалификационной работы устанавливаются рабочей программой учебных занятий», п. 3.1.4 рабочей программы учебной дисциплины «выпускная квалификационная работа по менеджменту» о том, что «обнаружение в ВКР студента плагиата (прямое или контекстуальное заимствование текста из печатных и электронных источников, а также и защищенных ранее выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций без соответствующих ссылок) является основанием для выставления комиссией по защите выпускной квалификационной работы оценки «незачтено (F)», и п. 51 устава федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет» о том, что «студент подлежит отчислению из Санкт-Петербургского университета за представление курсовой или выпускной квалификационной работы, выполненной другим лицом (лицами)».

 (Сабаева В.В.)

27/05/2020

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ФОРМИРОВАНИЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РФ	7
1.1. Система ОМС в России.....	7
1.2. Федеральный фонд ОМС	11
1.3. Территориальные фонды	13
1.4. Страховые медицинские организации.....	15
1.5. Медицинские организации	17
1.6. Застрахованные лица.....	19
1.7. Анализ международного опыта организации системы медицинского страхования	21
1.7.1. Германия.....	21
1.7.2. Швейцария	23
ГЛАВА 2. ВЛИЯНИЕ РЕФОРМЫ 2018 ГОДА НА РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОТЧИСЛЕНИЯ В ФФОМС ЗА НЕРАБОТАЮЩЕЕ НАСЕЛЕНИЕ.....	28
2.1. Формула расчёта страховых взносов на ОМС неработающего населения до 2019 года.....	28
2.2. Формула расчёта страховых взносов на ОМС неработающего населения с 2019 года	32
2.2.1. Изменение коэффициента дифференциации	36
2.3. Кейс «Расчет размера страховых взносов на ОМС неработающего населения на 2018-2020 годы в Ленинградской области»	41
ГЛАВА 3. МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ЧИСЛЕННОСТЬЮ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ	49
3.1. Исследование факторов управления численностью неработающего населения	49
3.2. Комплекс рекомендаций Правительствам Санкт-Петербурга и Ленинградской области для управления отчислениями на ОМС за неработающее население	52
3.2.1. Предложения по управлению количеством неработающего населения	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	55
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	57
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	61
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	64

ВВЕДЕНИЕ

Система здравоохранения ежегодно сталкивается с новыми вызовами, особенно в 2020 году, когда весь мир захватила пандемия – коронавирус COVID-19. Ситуация, с которой столкнулись многие государства, в том числе Россия, вынесла на поверхность проблемы здравоохранения, которые были и раньше, но никогда не были настолько критичны. Например, проблемы эффективности финансирования системы здравоохранения. Именно поэтому в наши дни здравоохранение является необходимой областью для исследований.

Актуальность темы выпускной квалификационной работы связан с тем, что с 2019 года впервые за семь лет по всей России изменилась форма расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование (далее – ОМС) неработающего населения. В связи с этим, существенно увеличились затраты на ОМС неработающего населения в субъектах страны, в особенности в Москве, Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

В введении работы, необходимо обратиться к истории формирования системы ОМС в России и сформулировать базовые определения.

27 лет назад произошло важное институциональное преобразование в сфере здравоохранения, связанное с созданием системы обязательного медицинского страхования (Шишкин и др., 2019, с.6). В настоящее время в Российской Федерации действует бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения (система Бисмарка), необходимые средства которой привлекаются из Государственного бюджета и средств обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС (ст. 1. Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации»). Объектом медицинского страхования выступает страховой риск, который связан с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая (Скляр, 2004, с.96). Медицинское страхование реализуется в двух формах: обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование (ДМС).

В данной работе мы рассмотрим проблемы системы обязательного медицинского страхования, которое обеспечивает всех граждан Российской Федерации равными возможностями в получении медицинской помощи. Это особенно актуально для неработающего населения, так как медицинские услуги оказываются за счёт средств ОМС.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 1 января 2019 года было зарегистрировано 146 090 669 застрахованных лиц в России, из которых 80 миллионов человек относятся к неработающему населению. Неработающее население составляет 55% от числа всего населения России (Федеральный фонд ОМС, 2019).

Целью работы является разработка комплекса региональных мер по управлению размером отчислений за неработающее население, который сможет дать экономию по сравнению с прогнозом.

Основные задачи, которые были поставлены для достижения цели: провести сравнительный анализ старого и нового способа страхования неработающего населения, определить механизмы регионального влияния на размер отчислений за неработающее население и предложить комплекс рекомендаций Правительствам Санкт-Петербурга и Ленинградской области для управления отчислениями на ОМС за неработающее население.

Основные проблемы, связанные с расчетами в рамках ВКР, рассмотрены на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Объектом исследования ВКР выступает методика региональных отчислений в ФФОМС за неработающее население. Предметом исследования является управление региональными отчислениями в ФФОМС за неработающее население.

В процессе работы был использован ряд источников информации, проведены глубинные интервью, использованы методы сбора первичной информации, в том числе: анализ данных органов государственной статистики (Росстата, сайтов комитетов, Территориального фонда ОМС) и глубинное интервью с представителями Территориального фонда ОМС и Правительства Санкт-Петербурга. Особое внимание было уделено инструментам, которые регионы могут использовать для управления взносами.

В первой главе данной работы рассмотрены участники системы ОМС в России, их взаимодействие друг с другом и проанализирован международный опыт на примере систем здравоохранения Германии и Швейцарии.

Во второй главе проведен анализ правовой базы и расчёта страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения до и после 2019 года.

В третьем разделе работы выделены методы управления количеством неработающего населения в регионе РФ.

Итогом данной работы стал разработанный комплекс мер по управлению региональным размером отчислений за неработающее население, который сможет дать экономию по сравнению с прогнозом.

Стоит также отметить, что актуальность темы выпускной квалификационной работы связана с введением мер по борьбе с коронавирусом. В условиях эпидемии прогнозируется рост безработицы в стране, работодатели вынуждены массово увольнять сотрудников. По данным комитета по труду и занятости, примерные потери в Санкт-Петербурге прогнозируются 70 000 человек к июню.

ГЛАВА 1. ФОРМИРОВАНИЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РФ

1.1. Система ОМС в России

Сегодня в мире существует две модели финансирования здравоохранения: бюджетная модель и модель ОМС. Бюджетная модель включает в себя сметное финансирование, где орган управления здравоохранением обычно напрямую контролирует подведомственные ему медицинские учреждения. В то время, как модель ОМС подразумевает оплату объемов помощи с учетом качества медицины. При этом, в модели ОМС финансирующая сторона вступает в договорные отношения с медицинскими организациями.

Здравоохранение в России функционирует по модели ОМС уже более 27 лет. Формирование системы обязательного медицинского страхования является одним из самых значимых институциональных преобразований в сфере здравоохранения конца прошлого столетия. Инициатива введения страховой медицины принадлежала руководству Министерства здравоохранения СССР, которая была поддержана руководителями региональных органов управления здравоохранением и большей частью медицинских работников. В 1991 г. был принят Закон «О медицинском страховании граждан» в РСФСР (Лисицын, 2013, с. 7). Именно этот закон положил начало изменению системы здравоохранения в постсоветской России, в соответствии с которым в стране была введена система ОМС.

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

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

С созданием системы ОМС в финансировании государственного заказа на здравоохранение появился дополнительный источник – средства внебюджетного государственного Фонда обязательного медицинского страхования (Шишкин, 2015, с. 34). Кроме этого, была утверждена «Программа государственных гарантий обеспечения

граждан бесплатной медицинской помощью», в которой был сохранен перечень видов медицинской помощи, сложившийся во время плановой экономики.

Система обязательного медицинского страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации. Сегодня ОМС является отраслью социального страхования, цель которой состоит в покрытии расходов всех граждан на медицинское обслуживание в случае болезни (Скляр, 2004, с. 96).

Все платежи как за работающее, так и неработающее население отчисляются в Федеральные и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, являющимися специализированными финансово-кредитными учреждениями (ФФОМС, 2018).

Для работающих граждан страхователями являются физические лица, заключившие с ними трудовые договоры и выплачивающие по ним заработную плату, на которые, согласно законодательству РФ, начисляются налоговые отчисления в бюджет фондов ОМС.

Для неработающего населения в качестве страхователей выступают органы исполнительной власти субъектов РФ. Также страхователями являются организации, физические лица, которые зарегистрированы в качестве ИП, частные нотариусы и адвокаты. В качестве страховщика по программе ОМС выступает Федеральный фонд медицинского страхования.

Основными функциями ФФОМС являются:

- обеспечение прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- за счет принципа неисключаемости – обеспечение равенства всех участников в системе ОМС и достижение принципа социальной справедливости;
- создание условий, позволяющих выравнять объем и качество медицинских услуг, которые предоставляются гражданам РФ.

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование, является Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (№326-ФЗ, 2010). В данном законе прописаны субъекты ОМС и их полномочия.

Субъекты системы обязательного медицинского страхования представлены на рисунке 1. Основными субъектами системы ОМС являются (Скляр, 2004, с. 97):

- 1) Федеральный фонд ОМС
- 2) Территориальные фонды медицинского обязательного страхования (ТФОМС);

- 3) Страховые медицинские организации (СМО);
- 4) Медицинские организации;
- 5) Застрахованные лица.

На рисунке 1 показана система взаимодействия участников ОМС в РФ. В Федеральный фонд ОМС поступают средства от хозяйствующих субъектов (работодателей) от страховых взносов за работающее население и от органов исполнительной власти (Правительства субъекта) за неработающее население.

В то же время, ФФОМС выделяет субвенции на целевое финансирование по дифференцированным душевым нормативам (в расчете на одного человека) в Территориальный фонд ОМС.

Далее ТФОМС, согласно договору о финансовом обеспечении ОМС, который заключается между страховыми и медицинскими организациями, направляет финансирование в страховые медицинские организации, которые занимаются заключением договоров на оказание медицинской помощи по ОМС и оформлением страховых полюсов для граждан РФ.

Кроме этого, Комитет по здравоохранению субъекта, который подчиняется Правительству субъекта и проводит государственную политику в сфере охраны здоровья граждан, взаимодействует как с ТФОМС, так и с медицинскими организациями. После чего, медицинские организации (больницы, поликлиники, диспансеры и др.) оказывают медицинские услуги всем застрахованным гражданам РФ.

Стоит еще отметить, что страховые взносы делятся на два вида: за работающее и за неработающее население. В данной работе мы рассмотрим страхование неработающего населения, так как с 2019 года изменилась форма расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС данной категории граждан. Далее в работе будет подробнее рассмотрен этот вопрос и детально разобраны полномочия и права всех участников системы ОМС.

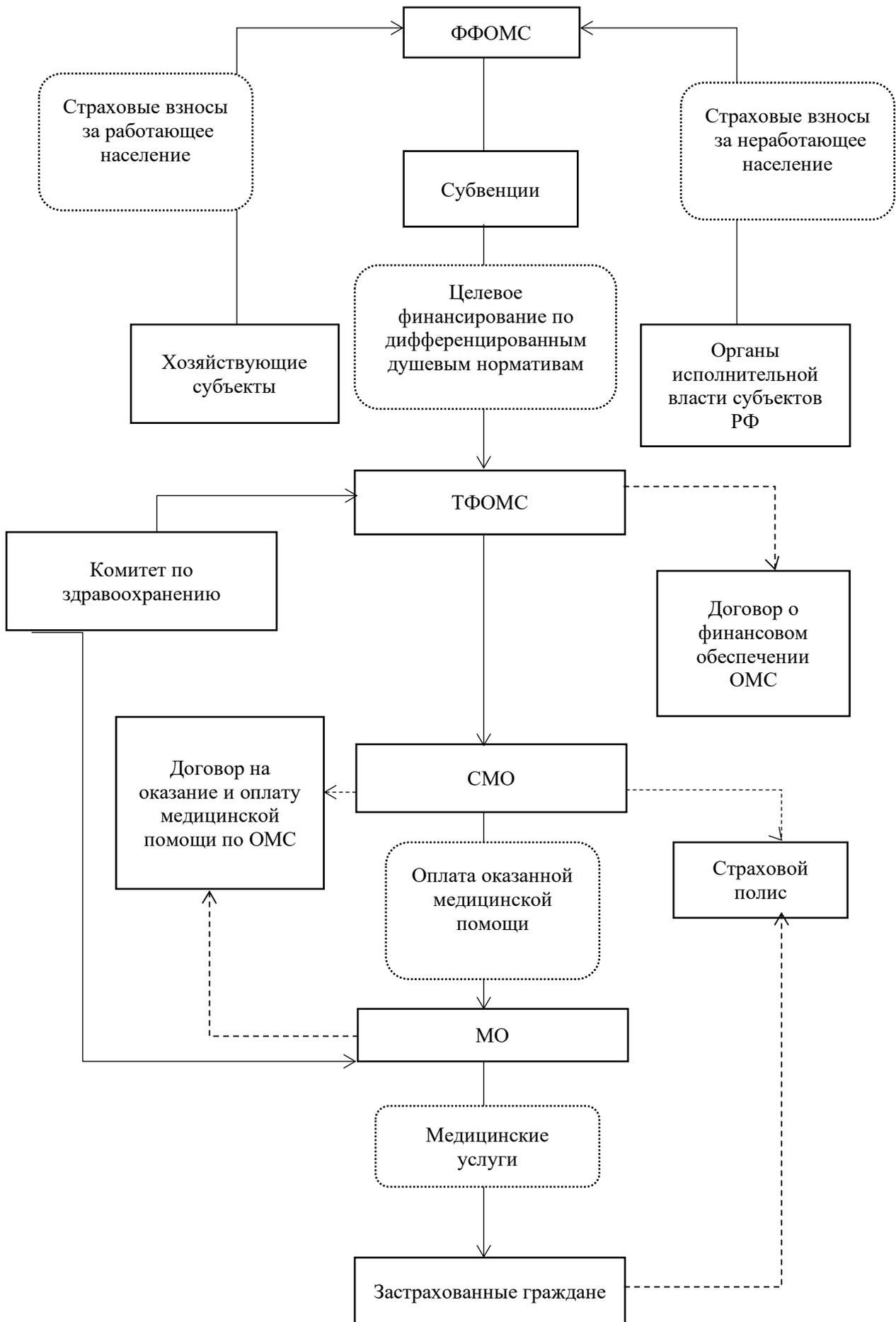


Рис.1 Система организации ОМС в РФ

1.2. Федеральный фонд ОМС

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее соответственно – ФФОМС) реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования. ФФОМС осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (Федеральный фонд ОМС, 2020).

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, юридическим лицом. ФФОМС имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка Российской Федерации и других кредитных организациях.

Главным администратором доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование с 1 января 2017 года стала Федеральная налоговая служба (до 2017 года это было в полномочиях Пенсионного фонда Российской Федерации).

Стратегическим направлением деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования является обеспечение исполнения на территории Российской Федерации Закона Российской Федерации №326-ФЗ от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также развитие и совершенствование нормативно-методической базы обязательного медицинского страхования.

В целях выполнения основных задач Федеральный фонд обязательного медицинского страхования можно выделить следующие:

1. Осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
2. Разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на обязательное медицинское страхование;
3. Осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумуляцию финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
4. Выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной

основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

5. Осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и органами Государственной налоговой службы Российской Федерации контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования;

6. Осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;

7. Осуществляет в пределах своей компетенции организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования;

8. Вносит в установленном порядке предложения по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

9. Участвует в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования граждан;

10. Осуществляет сбор и анализ информации, в том числе о финансовых средствах системы обязательного медицинского страхования, и представляет соответствующие материалы в Правительство РФ;

11. Организует в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, подготовку и дополнительное профессиональное образование специалистов для системы обязательного медицинского страхования;

12. Изучает и обобщает практику применения нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

13. Обеспечивает в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, организацию научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского страхования;

14. Участвует в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, в международном сотрудничестве по вопросам обязательного медицинского страхования;

15. Ежегодно в установленном порядке представляет в Правительство Российской Федерации проекты федеральных законов об утверждении бюджета

Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий год и о его исполнении.

Основными задачами Федерального фонда обязательного медицинского страхования являются:

- Финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации №326-ФЗ от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;
- Аккумуляция финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

Во исполнение установленных функций, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет аккумуляцию финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, выравнивание финансовых условий деятельности территориальный фонд обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования путем направления территориальным фондам обязательного медицинского страхования финансовых средств на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Цели ФФОМС определены законодательством в соответствии с бюджетом, утвержденным федеральным законом РФ. Расходование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется на цели Территориальных Фондом ОМС.

1.3. Территориальные фонды

Согласно статье 13 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ, территориальный фонд — это некоммерческая финансово-кредитная организация, основной целью которой является

обеспечение реализации политики государства в сфере ОМС на территориях субъектов РФ (Федеральный фонд ОМС, 2020).

Территориальные фонды выполняют такие функции, как:

- осуществляет финансирование обязательного медицинского страхования, проводимого страховыми медицинскими организациями;
- осуществляет финансово-кредитную деятельность по обеспечению системы обязательного медицинского страхования;
- разрабатывает правила обязательного медицинского страхования граждан на соответствующей территории;
- осуществляет контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование граждан
- если территориальным фондом будет выявлено, что страховая медицинская организация нецелесообразно расходует средства территориального фонда и некачественно исполняет свою деятельность, то она обязуется выплатить штраф в размере 10% от средств фонда в соответствующий период;
- согласовывает совместно с органами исполнительной власти, профессиональными медицинскими ассоциациями тарификацию стоимости медицинской помощи, территориальную программу обязательного медицинского страхования населения и вносит предложения о финансовых ресурсах, необходимых для ее осуществления;
- вносит предложения о страховом тарифе взносов на обязательное медицинское страхование (Федеральный фонд ОМС, 2020).

Основной функцией территориальных фондов по отношению к СМО является проверка деятельности страховых медицинских организаций в отношении финансовой деятельности и обеспечении ими функций, направленных на защиту прав застрахованных граждан. Предметом проверок ТФМС являются:

- оформление и выполнение договоров ОМС и их наличие со страхователями;
- предмет наличия реестра застрахованных граждан, соответствующий реестру, который передается в региональный реестр застрахованных;
- ведение учета выданных полисов, их соответствие общему числу застрахованных;
- наличие договоров с лечебно-профилактическими учреждениями;
- организация защиты прав застрахованных пациентов путем принятия поступающих жалоб или заявлений на СМО;
- контроль за финансовой деятельностью страховщиков, бухгалтерской отчетностью;

- выявление наличия фактов нецелевого расходования средств ОМС;
- обоснованное формирование и использование СМО резервных средств;
- обоснованность и своевременность оплаты счетов лечебно-профилактических учреждений.

В настоящее время реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования осуществляют 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования (№326-ФЗ, 2010). Территориальные фонды функционируют в 85 субъектах РФ и в восьми федеральных округах России: Центральном, Северо-Западном, Южном, Северо-Кавказском, Приволжском, Уральском, Сибирском, Дальневосточном, а также городе Байконур, который находится на территории Казахстана. Город Байконур является административно-территориальной единицей Республики Казахстан, функционирующей в условиях аренды с Российской Федерацией до 2050 года. На период аренды комплекса «Байконур» город наделяется статусом, соответствующим городу федерального значения Российской Федерации, с особым режимом безопасного функционирования объектов, предприятий и организаций, а также проживания граждан, в том числе и медицинского обеспечения.

В Территориальные фонды ОМС в виде субвенций поступает финансирование из Федерального фонда ОМС. Кроме того, в бюджеты ТФОМС поступают межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС (№326-ФЗ, 2010). После чего, ТФОМС перечисляют средства в страховые медицинские организации.

1.4. Страховые медицинские организации

Страховые медицинские организации (СМО) обязаны организовывать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема и качества по программам ОМС (Скляр, 2004). СМО являются юридическими лицами, которые обладают лицензией органа исполнительной власти на оказание страховой деятельности населению на территории регионов РФ. Заключая договора с медицинскими учреждениями и страхователями, они предоставляют необходимое финансирование за оказанные услуги медицинским организациям и обязываются обеспечить гарантированную качественную медицинскую помощь в оговоренные сроки для населения.

СМО имеют следующие обязанности перед страхователем:

- страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований, к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

- проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом. Специалисты СМО проводят плановые или внеплановые медико-экономические экспертизы (выявляют причинно-следственные связи) и контроль (оценивает исход), позволяющие провести проверку медицинских учреждений на соответствие сроков фактического оказания медицинских услуг и их оплаты записям в реестре, который ведется непосредственно самими врачами;

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

- создание в установленном порядке страховых резервов.

СМО обладает возможностью отчислять в резерв 70% от суммы финансовых взысканий на инвестирование в кадровый потенциал или развитие материально-технической базы;

- проведение защиты интересов застрахованных. Например, при возникновении обоснованных жалоб от пациентов страховая медицинская организация вправе подать судебный иск на медицинское учреждение и требовать возмещения причинённого им ущерба;

Кроме того, в системе ОМС страховые медицинские организации обладают такими правами, как:

- право на участие в аккредитации медицинских организаций;
- право принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги (тарифы определяются соглашениями между ассоциациями СМО, местными администрациями, медицинскими ассоциациями, а также органами государственного

управления субъектов РФ в равных участиях. Принятые тарифы едины для всех медицинских учреждений, которые входят в территориальную систему обязательного медицинского страхования. Тем самым, данные соглашения препятствуют СМО влиять на тарифы услуг медицинских организаций, с которыми у них подписаны договоры);

- право предъявления в судебном порядке иска медицинскому учреждению о возмещении ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Финансовые средства СМО формируются за счёт целевых поступлений от территориальных фондов ОМС за каждого застрахованного, 50-ти% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медучреждениями, от взысканий в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи, 50-ти% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медучреждениями, в результате медико-экономической экспертизы, а также 50-ти% за оказание некачественной медицинской помощи пациенту (Шишкин и др., 2019).

Страховая медицинская организация обязана предоставлять застрахованным гражданам нижеперечисленную информацию в наглядной и доступной для них форме во всех медицинских учреждениях, с которыми у нее заключены договора:

- о правах граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- о правах пациента;
- о местонахождении и номерах телефонов страховой медицинской организации и служб по защите прав застрахованных граждан;
- о порядке организации страховой медицинской организацией приема граждан;
- о порядке приема иногородних граждан;
- о порядке организации и оплаты лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) гражданам при отсутствии у них регистрации по месту жительства и месту пребывания;
- о порядке организации и оплаты медицинской помощи гражданам при отсутствии у них страхового медицинского полиса (Российская Федерация, 2010).

В 2019 году взаимодействие с медицинскими организациями осуществляли 34 страховые медицинские организации (СМО) и их 205 филиалов в 85 субъектах Российской Федерации и в городе Байконур (Федеральный фонд ОМС, 2020).

1.5. Медицинские организации

Медицинские организации – это организации, оказывающие медицинскую помощь и имеющие любую организационно-правовую форму, которая предусмотрена законодательством РФ, а также индивидуальные предприниматели, которые занимаются

медицинской практикой (№326-ФЗ, 2010). Медицинские учреждения, которые непосредственно оказывают медицинские услуги населению — лечебно-профилактические и другие виды заведений, в которых людям, в том числе с какими-либо заболеваниями, оказываются медицинские услуги: диагностика, лечение, реабилитация после перенесенных болезней.

Медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и в иных случаях, предусмотренных Федеральным законом после оказания медицинской помощи медицинские учреждения выставляют СМО счет для оплаты услуг. Более того, медицинские организации могут обжаловать заключения СМО и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Обязанности медицинских организаций, относящиеся непосредственно к деятельности страхователей, заключаются в следующем:

1. бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
2. вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
3. предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
4. предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
5. использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
6. предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

7. выполнять иные обязанности в соответствии с Федеральным законом, если медицинское учреждение нарушило условия договора со страхователем, то страховая медицинская организация имеет право частично или полностью отказать в возмещении затрат по оказанию медицинских услуг. Более того, при нарушении договора или нецелевого использования средств медицинские учреждения обязуются выплатить штраф страховым медицинским организациям.

По данным Федерального фонда ОМС, в 2019 году в РФ было зарегистрировано 9181 медицинских организаций, каждая из которых оказывала помощь застрахованным лицам.

1.6. Застрахованные лица

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). Страхование в РФ обязаны предоставить как работающему, так и неработающему населению (№ 326-ФЗ, 2010).

Работающие и неработающие застрахованные лица не осуществляют самостоятельно оплату за услуги, это делает страховщик (Скляр, 2003). Гражданам предоставляется возможность самостоятельного выбора медицинской организации и лечащего врача. Кроме того, раз в год или при смене места жительства у застрахованного лица есть возможность поменять страховую медицинскую организацию.

В ВКР предметом исследования является страхование именно неработающего населения. Несмотря на это, в данной главе проанализирована специфика страхования в том числе и работающих лиц.

Согласно статье 22 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полномочия по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование 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 (№ 326-ФЗ, 2010).

Для основной категории плательщиков страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения уплачиваются исходя из тарифа

страхового взноса в ФФОМС в размере 5,1%, для «льготных» категорий плательщиков страховых взносов на обязательное медицинское страхование – исходя из пониженных тарифов страховых взносов, установленных статьей 427 Налогового кодекса Российской Федерации.

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

За уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения отвечают налоговые органы по месту постановки граждан на учет.

Говоря о неработающем населении, в первую очередь необходимо определить, кто относится к этой группе лиц.

Неработающие граждане:

- а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
- б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
- в) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
- г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
- д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
- ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах «а» - «е» граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц (№ 326-ФЗ, 2010).

Особое внимание стоит обратить на безработных представителях неработающих лиц, так как существует множество подходов к оценке числа безработных граждан. Это связано с различиями в методологии формирования показателей. В частности, Федеральная служба по труду и занятости РФ считает зарегистрированных в центрах занятости в качестве безработных. Росстат включает в число безработных всех, кто на момент исследования не имеет работы или доходного занятия, ищет работу и готов сразу же приступить к ней, в соответствии с методологией Международной организации труда (МОТ, 2020).

В отличие от страхования работающих лиц, которым занимается работодатель, страхованием неработающего населения занимается исполнительный орган субъекта Российской Федерации Правительство.

После анализа международного опыта медицинского страхования граждан во второй главе будут подробно рассмотрены механизмы страхования неработающего населения в России.

1.7. Анализ международного опыта организации системы медицинского страхования

Для анализа международного опыта организации системы здравоохранения были выбраны Германия и Швейцария, так как в этих странах страховая модель классификации системы здравоохранения (система Бисмарка), как и в России. Более того, в Швейцарии страхование осуществляется на уровне кантонов, как в России на уровне субъектов Федерации.

Стоит еще отметить, что согласно рейтингу Bloomberg, Германия и Швейцария входят в топ-10 лучших систем здравоохранения в мире, в то время как Россия 2019 году заняла только 95-е место (ТАСС, 2019).

1.7.1. Германия

Германия является родоначальником системы, основанной на всеобъемлющем страховании здоровья, или системы Бисмарка. В наиболее систематизированном (институционально и законодательно) виде социальное страхование было сформировано в 1890-е гг. по инициативе канцлера Отто фон Бисмарка (Скляр, 2004). Сейчас в Германии действует двойная система медицинского страхования (государственная и частная).

Фонд здравоохранения, финансируется за счёт обязательных взносов в рамках системы государственного медицинского страхования Германии. Также возможно заключение договора индивидуального медицинского страхования, вместо государственного, либо оформление договора дополнительного страхования для расширения страхового покрытия, предоставляемого по государственной программе.

Сегодня Германия имеет репутацию одной из лучших систем здравоохранения в мире, предоставляющей своим жителям медицинское обслуживание, больничные кассы и страховку по долгосрочному уходу за больными (Chuck Emerson Media, 2020). Примерно 88% населения (около 73 миллионов человек) являются членом государственной системы здравоохранения, в то время как остальные имеют частную медицинскую

страховку. При этом каждый житель Германии должен быть застрахован на стационарное и амбулаторное лечение.

Финансирование медицинских организаций осуществляется за счет выплат, производимых членами системы здравоохранения Германии и их работодателями, а также за счет налоговых дотаций от государства.

В Германии работодатель платит 50% от общей суммы страхового взноса государственного медицинского страхования. Каждая больничная касса имеет право от своих членов доплаты для покрытия своих расходов, а так как средний заявленный процент составляет примерно 1,1 %, то в 2020 году общая сумма составляет 15,7 % от зарплаты работника (Chuck Emerson Media, 2020).

У жителей Германии есть три варианта медицинского страхования: регулируемая государством система государственного медицинского страхования (GKV), частное медицинское страхование от немецкой или международной страховой компании (PKV) или комбинация GKV и дополнительной PKV.

Граждан может выбрать полную частную медицинскую страховку, если доходы превышают 62 550 евро в год или 5213 евро в месяц в 2020 году, если страхователь является частным предпринимателем и официально не работает (или работает на себя) или если он старше 55 лет и не работает по найму. При этом членство в GKV является обязательным.

Государственное медицинское страхование находится в ведении 108 больничных касс, и они взимают ту же самую базовую ставку в 14,6% плюс возможная средняя дополнительная ставка в 1,1% от брутто-зарплаты, установленным на максимальный ежемесячный доход в 4 688 евро (цифры 2020 года). Если человек зарабатывает больше, чем этот порог дохода, установленный каждый год, он/она не платит более высокую страховую премию.

Работник, получающий на уровне или выше порога дохода, получает максимальную ежемесячную премию по медицинскому страхованию в размере 736 евро. Собственный взнос работника составляет примерно 368 евро, а остальные 368 евро платит работодатель (Nehli, 2016).

Если жители хотят сохранить страховку не для граждан, они должны платить в государственную программу долгосрочного ухода за больными (Pflegepflichtversicherung) и могут приобрести дополнительную страховку по больничному листу.

Говоря о страховании неработающего населения, а именно пенсионеров, если он/она ранее проживали в Германии и в то же время являлся членом немецкой системы

здравоохранения, то он/она имеет право на повторное обращение. Часто это бывает трудно сделать из-за проблем, связанных с доказательством предыдущего членства.

Немецкие частные больничные кассы вынуждены принимать всех заявителей, независимо от их состояния здоровья, при условии, что лицо, обязано предоставить подтверждение о наличии медицинской страховки, не имеет права на участие в государственной системе страхования здоровья Германии, но имеет право на проживание в Германии. Если человеку необходима срочная медицинская помощь, но он не может быть включен в обычные частные тарифы медицинского страхования, то человек может приобрести этот тариф. Он предлагает те же льготы, что и государственная система, а ежемесячная стоимость ограничивается максимальной ставкой *Krankenkasse*. Ежемесячный взнос составляет 736 евро (цифры 2020 года) на каждого взрослого плюс около 250 евро на каждого ребенка (Nehli, 2016). Кроме того, люди должны оплачивать страхование на случай необходимости ухода за ребенком.

На сегодняшний день, все жители Германии должны быть застрахованы на случай болезни (Chuck Emerson Media, 2020). Может случиться так, что человек уже давно был застрахован, потом стал безработным, но после этого ему больше не разрешат перейти обратно на государственную медицинскую страховку (которая дешевле, но при этом имеет меньше доступных медицинских услуг). Немецкое правительство хочет добиться с помощью этого закона, чтобы люди пользовались больше частной страховкой, когда они молоды и здоровы, а затем перешли к государственной страховке, когда они пожилые и особенно нуждаются в медицинской поддержке.

Сравнивая системы здравоохранения в Германии и России, можно сделать вывод, что введение «смешанного» финансирования в РФ позволит увеличить бюджет на здравоохранение, но это противоречит принципам ОМС в РФ. Если в России сделать четкие требования относительно того, кто может зарегистрироваться в обязательной программе государственного медицинского страхования, а кто может воспользоваться только услугами частного медицинского страхования, это сократит государственные затраты на здравоохранение, но вызовет ряд негативных побочных эффектов. Поэтому стоит рассмотреть модель организации страхования населения другого государства.

1.7.2. Швейцария

Вторая страна, анализ организации медицинского страхования, который был рассмотрен в рамках ВКР, – это Швейцария, так как именно это государство занимает лидирующие позиции в мировых рейтингах уровня жизни и социальной поддержки граждан.

Для того чтобы понять систему здравоохранения Швейцарии, необходимо понять политическую и правовую структуру самой Швейцарии. По этой причине в данном пункте будет приведен обзор швейцарского законодательства, касающегося системы здравоохранения. На втором этапе будет проведен обзор услуг по трудоустройству в Швейцарии и, в конечном счете, оценено положение неработающих в системе здравоохранения в Швейцарии.

Сложными частями системы здравоохранения являются федералистская государственная система (De Pietro и др., 2015). Швейцарская система сочетает в себе не только высококачественные медицинские услуги, но и допускает свободные рыночные процессы в некоторых областях здравоохранения. (De Pietro et al., 2015; Guessous, Gaspoz, Theler, & Wolff, 2012; Immergut, 2010). Поэтому, прежде чем анализировать саму систему, крайне важно в полной мере понять децентрализованную правовую базу. Кроме того, Швейцария устанавливает уровень базового обязательного медицинского страхования, который в значительной степени регулируется государством в отношении услуг, предоставляемых частными компаниями. (Herzlinger & Parsa-Parsi, 2004; Kreier & Zweifel, 2010). Тем не менее, каждая больница Швейцарии обязана принимать не застрахованных пациентов первой необходимости. (Kreier & Zweifel, 2010). Поэтому будет анализироваться только базовое медицинское обслуживание.

Швейцария – единственная конфедерация в мире. Страну можно рассматривать как федеративное государство, как и Россию, только с тремя уровнями государственного управления: конфедерация, 20 кантонов и шесть полукантонов и 2353 муниципальные образования (Church, 2004; Fossedal, 2018). Кроме того, Швейцария имеет федеральную (национальную) конституцию, за которой следуют 26 различных кантональных конституций. (De Pietro et al., 2015). На каждом уровне принятия правовых решений существуют различные правовые варианты влияния на национальные и местные нормативные акты в области здравоохранения и управления ими.

Основными обязанностями конфедерации в отношении системы здравоохранения являются: финансирование системы здравоохранения. (De Pietro и др., 2015; Fossedal, 2018). Основными обязанностями кантонов являются обеспечение медицинского страхования населения кантонов, включая финансовую помощь малообеспеченным семьям, позволяющую им оплачивать свое собственное страхование, деятельность по укреплению здоровья (De Pietro и др., 2015 г.). Кроме того, кантоны несут финансовую ответственность за большую часть стационарного лечения, а также за расходы на медицинское обслуживание получателей социальных пособий и беженцев, не имеющих профессии. Роль

муниципалитетов в обеспечении адекватного доступа к услугам здравоохранения в разных кантонах существенно различается (Herzlinger & Parsa-Parsi, 2004; Kreier & Zweifel, 2010).

Швейцарская система здравоохранения подвергается высокому давлению в связи с растущими затратами. Благодаря децентрализованному подходу плата за медицинское страхование граждан в разных кантонах и даже муниципалитетах значительно отличается. (Hehli, 2016). На значительную разницу в ценах влияют расходы кантона на действующие больницы, образовательные программы и саму систему медицинского обслуживания.

Кроме того, поскольку обязательная система здравоохранения (как в РФ – ОМС) в Швейцарии основана на принципе солидарности (равенства граждан), а приобретение медицинского страхования является юридически обязательным, страховые компании не могут отказать клиентам в подаче заявления на получение стандартной медицинской помощи (De Pietro и др., 2015; Immergut, 2010). В системе всеобщего страхования лишь немногие показатели влияют на размер платы за медицинское обслуживание, например, кантональная юрисдикция, возраст и пол. Однако кантоны определяют максимальный страховой взнос, который компания может взимать на своей территории, чтобы сохранить принцип солидарности в отношении людей с большими потребностями в медицинском обслуживании (Herzlinger & Parsa-Parsi, 2004).

В отличие от России, весьма специфической особенностью швейцарской системы здравоохранения является то, что различные субъекты обсуждают центральные законодательные изменения, такие как фиксированные тарифы на медицинские услуги, максимально допустимая плата или национализация системы здравоохранения (De Pietro и др., 2015 г.). Таким образом, на уровне субъекта страны могут быть проведены реформы, касающиеся системы медицинского страхования. Эффект прямой демократии, который требует проведения голосований или референдумов, может, с одной стороны, замедлить процесс принятия решений, но, с другой стороны, провести реформы, которых желают граждане (Church, 2004; Fossedal, 2018).

Несмотря на преимущества швейцарской системы здравоохранения и ее сочетание регулируемых и свободных рыночных механизмов, основной проблемой на данный момент является рост расходов на здравоохранение (Guessous и др., 2012). Поскольку люди платят страховой взнос самостоятельно, расходы на здравоохранение могут стать причиной высокой нагрузки на семейные бюджеты. Ответственность за предотвращение дальнейшего роста расходов на здравоохранение лежит на конфедерации. Игнорируя свою конституционную обязанность, парламент не сможет предотвратить рост расходов на здравоохранение. По данным ученых, 30,9% домашних хозяйств с доходами ниже 3000 Швейцарских франков (примерно 234 000 руб.) не в состоянии оплачивать медицинское

страхование. Этот факт играет решающую роль для безработных в связи с их бюджетными ограничениями (Guessous и др., 2012).

В Швейцарии под неработающим населением подразумевают только безработных. Страхование на случай безработицы является государственным социальным страхованием, где работодатели и работники платят ежемесячный процент от заработной платы работника (Bertozzi, Bonoli, & Ross, 2008; Djurdjevic, 2005). Кроме того, Конфедерация и кантоны субсидируют региональные центры занятости для поддержки безработных путем обучения и консультирования по различным вопросам (Champion, 2012). Однако страхование на случай безработицы не интегрировано в более широкую систему государственного социального обеспечения Швейцарии (Champion, 2012; Church, 2004). Это означает, что люди получают деньги по безработице в зависимости от того, в каком размере и в течение какого периода времени они непосредственно участвовали в страховании.

Таким образом, безработные не могут получать финансовую помощь сверх выплат по безработице (De Pietro и др., 2015; Djurdjevic, 2005). Этот факт важен с точки зрения стоимости жизни в Швейцарии. Агентство по трудоустройству не имеет возможности поддерживать малообеспеченные семьи при поиске новой работы в размере, превышающем точно установленную сумму. Это оказывает большое экономическое давление на малообеспеченные семьи, так как страховка по безработице выплачивает около 80% от последней зарплаты (Guessous и др., 2012). Семьи с низкими доходами могут не иметь возможности компенсировать эти низкие доходы достаточными сбережениями.

Как уже было сказано ранее, система здравоохранения Швейцарии построена на том, что каждый человек несет ответственность за приобретение базового страхового покрытия. Единственными страховыми покрытиями, которые обязаны покупать для своих сотрудников работодатели, являются только страховки от несчастных случаев, связанных с работой (Kreier & Zweifel, 2010). Таким образом, при безработице медицинская страховка обеспечивается в связи с обязанностью отдельных лиц приобретать соответствующую страховку. Однако, как уже упоминалось выше, увеличение расходов на здравоохранение в сочетании с возросшим экономическим давлением по причине безработицы может привести к тому, что такие основные потребности, как питание, электричество и отопление, станут приоритетными по отношению к оплате страхового взноса по медицинскому страхованию и граждане просто не смогут обращаться за медицинской помощью.

После определенного времени, в течение которого страховые компании не получают страховой премии, они получают право ограничивать доступ к медицинской помощи только службами неотложной помощи (De Pietro и др., 2015; Immergut, 2010). Это может привести к летальному исходу, поскольку жизненно важные лекарства, например, при

лечении ВИЧ, не считаются экстренным лечением и, следовательно, больше не оплачиваются (Landolt, 2018). Эти полномочия страховых компаний в сочетании с длительным процессом регистрации для получения государственных социальных услуг повышают риск для здоровья малообеспеченных домохозяйств и создают пробел в системе социального обеспечения Швейцарии. Однако, как только физическое лицо получает полную государственную поддержку, расходы на здравоохранение полностью оплачиваются правительством кантона (De Pietro et al., 2015).

Система здравоохранения Швейцарии оценивается как одна из наиболее эффективных и высококачественных (Kreier & Zweifel, 2010). Однако такая система сопряжена с большими затратами, которые необходимо оплачивать. Без учета того, кто платит страховые взносы, экономический вес расходов на здравоохранение в Швейцарии огромен (Hehli, 2016). Тем не менее, исследователи, занимающиеся вопросами политики в области здравоохранения, согласны с тем, что подход Швейцарии является перспективным способом интеграции частной экономики и создания смешанной модели, в рамках которой наиболее слабые части населения, тем не менее, получают определенный уровень защиты (De Pietro et al., 2015; Herzlinger & Parsa-Parsi, 2004; Kreier & Zweifel, 2010).

Делая выводы, которые могут быть заимствованы системой ОМС РФ и снизить государственные расходы на страхование неработающего населения:

- Радикальные изменения – переход из страховой модели финансирования здравоохранения в смешанную;
- Мера, которая может сократить число безработных – выделение правительством субъекта субсидий на поддержку центров для безработных, а именно: финансирования обучения безработных, консультирование по различным вопросам и помощь в трудоустройстве.

ГЛАВА 2. ВЛИЯНИЕ РЕФОРМЫ 2018 ГОДА НА РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОТЧИСЛЕНИЯ В ФФОМС ЗА НЕРАБОТАЮЩЕЕ НАСЕЛЕНИЕ

2.1. Формула расчёта страховых взносов на ОМС неработающего населения до 2019 года

Взносы на ОМС за неработающее население в ФФОМС— постоянно растущая расходная статья региональных бюджетов (рис. 2). Если в 2012 году взнос всех регионов составил 299 миллиардов рублей, то в 2019 году он достиг 719 миллиард рублей (РБК, 2019).

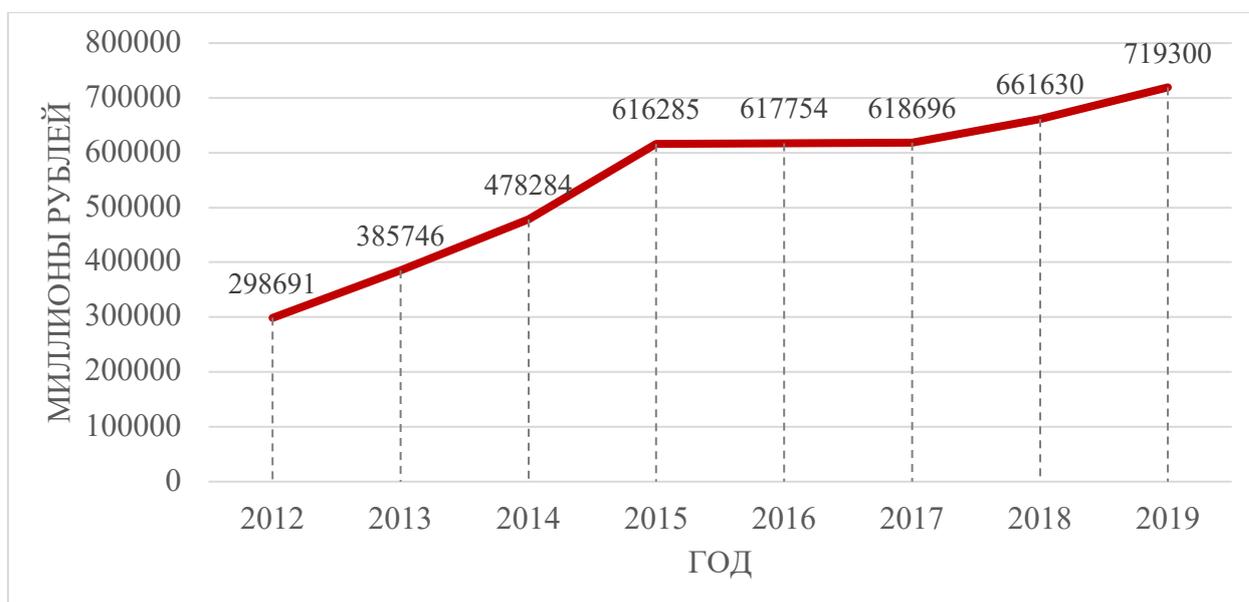


Рис.2 Страховые взносы на ОМС неработающего населения в ФФОМС

Источник: [Федеральная служба государственной статистики, дата обращения 04.03.2020]

Выясним, чем объясняется динамика отчислений в Федеральный Фонд ОМС.

ФФОМС получает страховые взносы от регионов, которые обязаны ежемесячно осуществлять платеж за неработающих граждан.

До 2019 г. расчет отчисления осуществлялся следующим образом:

$$S_i = T \times K_{\text{диф}_i} \times K_{\text{уд}} \times N_i \quad (1)$$

Где S_i – размер (тариф страхового взноса) регионального отчисления за неработающее население, i – номер региона, T – базовый тариф 18 865 рублей, $K_{\text{диф}_i}$ – коэффициент дифференциации, $K_{\text{уд}}$ – коэффициент удорожания, N_i – численность неработающего населения в регионе i .

Таким образом, тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение базового, общего для всех регионов тарифа, который в период с 2018-2020 гг. составлял 18 865 руб., коэффициента дифференциации (индивидуального для каждого региона) и коэффициента удорожания медицинских услуг (единый для всей страны, определяется ежегодно бюджетом ФФОМС). Указанные коэффициенты определяются согласно приложению к Федеральному закону № 354-ФЗ и ежегодно устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период.

С правовой точки зрения, страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в соответствии с частью 2 статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не могут быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на 1 января года, предшествующего очередному, и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

В соответствии с частью 2 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ 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. Согласно Правилам определения численности застрахованных лиц в целях формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования.

Главными администраторами доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Страхователи для неработающих граждан ежеквартально в срок не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в

территориальные фонды обязательного медицинского страхования по месту своей регистрации расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.04.2013 № 182н.

Рассмотрим формулу расчета коэффициента дифференциации (2), которая не менялась с 2012 года. **Коэффициент дифференциации для субъектов Российской Федерации и города Байконура определяется по формуле:**

$$K_{\text{диф}(i)} = \frac{\max(K_{p(i)}; K_{зп(i)})}{K_{p;зп}^{\text{max}}} \quad (2)$$

Источник: [Федеральный закон от 30.11.2011 N 354-ФЗ]

Где: $\max(K_{p(i)}; K_{зп(i)})$ – функция выбора максимального значения из коэффициентов $K_{p(i)}$ и $K_{зп(i)}$;

$K_{p(i)}$ – сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории i -го субъекта Российской Федерации или города Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательными и иными нормативными правовыми актами Союза ССР на год, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения; В Ленинградской области средневзвешенный районный коэффициент к заработной плате равен 1,000, средневзвешенные надбавки к зарплате равны 0, так как регион не относится к району Крайнего Севера.

$K_{зп(i)}$ – коэффициент уровня среднемесячной заработной платы i -го субъекта Российской Федерации или города Байконура;

$K_{p;зп}^{\text{max}}$ – максимальное значение суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или города Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательными и иными нормативными правовыми актами Союза ССР, – для расчета коэффициента

дифференциации для субъектов Российской Федерации, для которых выбирается коэффициент $K_{p(i)}$, или максимальное значение коэффициента уровня среднемесячной заработной платы i -го субъекта Российской Федерации или города Байконура - для расчета коэффициента дифференциации для субъектов Российской Федерации, для которых выбирается коэффициент $K_{зп(i)}$ (354-ФЗ, 2010).

Коэффициент удорожания устанавливается единый по стране и определяется по формуле:

$$K_{уд(n)} = K_{уд(n-1)} \times ИПЦ_n, \quad (3)$$

Источник: [Федеральный закон от 30.11.2011 N 354-ФЗ]

Где: $K_{уд(n-1)}$ – коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг на год, предшествующий году, на который рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленный федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период;

ИПЦ_n – значение индекса потребительских цен на конец n -го года в соответствии с прогнозом социально-экономического развития Российской Федерации;

n - год, на который рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Рассчитываемые значения коэффициента дифференциации для субъекта Российской Федерации или города Байконура округляются до четвертого знака после запятой, значение коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, значения составляющих коэффициента дифференциации для субъекта Российской Федерации или города Байконура и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг округляются до третьего знака после запятой, за исключением значения коэффициента, которое округляется до первого знака после запятой.

До 2019 года все выплаты по регионам рассчитывались с одинаковым значением коэффициента дифференциации. До внесения поправок в ФЗ N 354 для всех регионов коэффициент дифференциации был равен — 0,3333. В пункте 2.2. данной главы будут подробно рассмотрены механизмы расчёта значений коэффициентов дифференциации по всем регионам РФ после изменений в законе 2019 года.

Отсутствие индивидуального подхода к каждому субъекту Федерации приводило к дефициту бюджета региона. Таким образом, до 2019 года большой размер взносов приводил к нехватке средств в регионе на финансовое обеспечение программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в части оплаты медицинской помощи, не включенной в ОМС, что известно из открытых данных Совета Федерации. Более того, Счетная палата указывала на проблемы с методикой определения численности застрахованных неработающих граждан, из-за чего объем взносов на ОМС неработающего населения мог считаться завышенным.

Эти причины повлияли на решение внести изменения в методику расчета региональных взносов на ОМС неработающего населения.

2.2. Формула расчёта страховых взносов на ОМС неработающего населения с 2019 года

В 2018 году в первые за семь лет были внесены поправки в методику расчета региональных взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан, которых, по данным Федеральной службы государственной статистики, в 2019 году в России было зарегистрировано 80 миллионов человек (Федеральная служба государственной статистики, 2020).

14 мая 2019 г. Министерство здравоохранения России зарегистрировало в Министерстве юстиций РФ скорректированную форму расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения (приказ Минздрава России от 12 апреля 2019 г. № 213н "О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2013 г. № 182н "Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения"). Документ вступил в силу 26 мая (Минздрав России, 2019).

В новом документе была уточнена дата, на которую определяется численность неработающего населения в регионе, введены строки для сведений о списанной задолженности по взносам, пеням и штрафам. Так, численность неработающих застрахованных лиц с 2019 года определяться на 1 января года, предшествующего очередному, а не на 1 апреля, как было в 2018 году (Федеральный фонд ОМС, 2020). Таким образом, в рамках ВКР была выдвинута рекомендация, что число безработных особенно важно сокращать к концу календарного года перед подсчетом неработающего населения. Это поможет уменьшить размер региональных отчислений.

Кроме того, в разделе I "Расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения" появились новые строки. В них нужно будет учитывать списание задолженности по страховым взносам, пеням и штрафам – всего и в отдельной строке – только по пеням и штрафам (326-ФЗ, 2010).

Аналогичные строки появились и в разделе II "Сведения о сумме задолженности (переплаты) по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, пеням и штрафам, образовавшейся по состоянию на 1 января 2012 года до вступления в силу отдельных положений Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Соответственно, коды других строк изменятся в связи с появлением новых. Таким образом, Федеральная налоговая служба России оптимизировала форму расчета по страховым взносам и, в связи с этим обновила соответствующие документы – не только саму форму, но и порядок заполнения расчета, а также формат его представления в электронной форме.

Федеральным законом от 29 июля 2018 года №268-ФЗ урегулированы вопросы, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, страхователями которого являются органы исполнительной власти субъектов Федерации (268-ФЗ, 2018). В частности, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» был дополнен нормой о том, что порядок и методика определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, в целях формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджетов субъектов Федерации и бюджетов территориальных фондов устанавливаются Правительством России.

Подписанным постановлением утверждены правила определения численности застрахованных лиц в целях формирования этих бюджетов. Правилами установлены порядок действий ФФОМС и территориальных фондов при определении численности застрахованных лиц и методика её расчёта.

Так, в разделах закона, были внесены изменения в подсчете неработающего населения: с 2019 года к неработающему населению больше не относятся военнослужащие и приравненные к ним лица. При этом, Министерство финансов выступало с инициативой по освобождению региональных бюджетов от обязанности ежегодно выплачивать взносы в ФОМС за некоторые категории неработающих граждан, таких как дети и пенсионеры (Издание Федерального Собрания РФ, 2019). Это значительный объем ресурсов — около 500 миллиарда рублей. Однако такие поправки не были приняты, и бюджет ФФОМС на 2019–2021 годы был сформирован при условии сохранения обязанности

регионов выплачивать взносы на ОМС неработающего населения, в том числе за детей и пенсионеров.

Таблица 1 Изменения в расчётах до 12 апреля 2019 года и после

Показатель	До 12 апреля 2019 г.	После 12 апреля 2019 г.
Численность неработающих застрахованных лиц определяется	на 1 апреля года	на 1 января года
Изменения в I разделе	Только одна строка	Появляется больше строк в I разделе: Нужно будет учитывать списание задолженности по страховым взносам, пеням и штрафам – всего. В отдельной строке – только по пеням и штрафам.
Кто относится к неработающему населению	Военнослужащие и приравненные к ним лица относятся к неработающим лицам	Из регистра застрахованных были исключены военнослужащие и приравненные к ним лица
Расчет коэффициента дифференциации	Для всех регионов коэффициент дифференциации одинаковый — 0,3333	Коэффициент дифференциации рассчитывается индивидуально для каждого региона. Учитывается при определении коэффициента дифференциации соотношение зарплаты в регионе и средней зарплаты в стране (Приложение 1)

С учётом реализации подписанного постановления и представленных в таблице 1 показателей, численность неработающих лиц для расчёта платежей за неработающее население на 2019 год, которые осуществляются за счёт региональных бюджетов, сократилась почти на 5 млн человек с 84,9 млн на 1 апреля 2018 года до 80 млн на 1 января 2019 года. Снижение численности неработающих наблюдалось в 80 регионах. В том числе около 8 миллиона неработающих (10% общероссийского показателя) зарегистрированы в Москве и Московской области (Федеральная служба по труду и занятости,

2019). Увеличение числа неработающих граждан – в 5 (Владимирская область, Московская область, Республика Крым, Республика Дагестан, Ямало-Ненецкий АО).

Несмотря на сокращение численности неработающего населения, поправки в методику привели к росту бюджетных расходов большинства регионов, особенно Москвы, Санкт-Петербурга, Московской и Ленинградской областей (почти на 70 миллиардов рублей по сравнению с 2017 годом). Взносы в систему ОМС за неработающих (детей, студентов, пенсионеров, безработных) делают власти регионов, как уже было сказано ранее. По данным правительств Москвы и Санкт-Петербурга, с 2019 года этим регионам приходится платить в два раза больше, чем до 2018 года (РБК, 2018). Поправки привели к наибольшему увеличению взносов на ОМС неработающего населения в таких регионах, как:

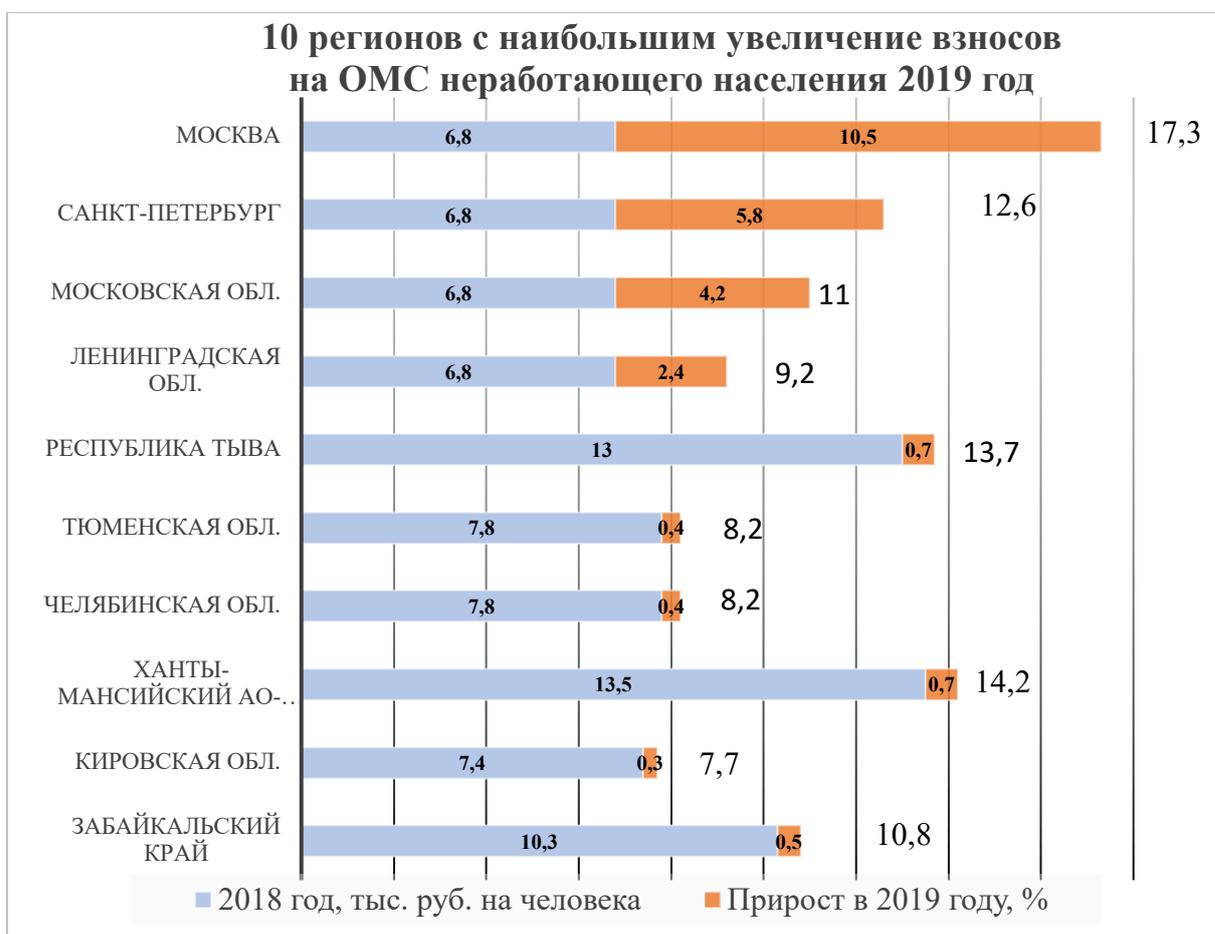


Рис.3 Взносы на ОМС по регионам в 2018 и 2019 годах

Источник: [Закон о бюджете Федерального фонда ОМС на 2019-2020 гг. дата обращения 09.03.2020]

Из 85 субъектов РФ только, в одном регионе уменьшилось число взносов на ОМС неработающего населения (в Томской области на 300 рублей), а во всех остальных они выросли. Наибольший прирост был зафиксирован в Москве, Санкт-Петербурге, Московской и Ленинградской областях. Взносы в 2019 году по сравнению с 2018 годом в

Москве увеличились на 156,5%, в Санкт-Петербурге на 86,7%, в Московской области на 62,7%, а Ленинградской области на 36,6%. (РБК, 2018). В дальнейшем, мы будем рассматривать вышеперечисленные в большей степени «пострадавшие» регионы.

В ходе работы была выдвинута гипотеза, что на увеличение страховых взносов на ОМС неработающего населения в 85 регионах в большей степени повлияло изменение расчета коэффициента дифференциации. По этой причине, стоит уделить особое внимание в работе изменению расчета коэффициента дифференциации. В следующем параграфе работы, будут рассмотрены показатели, которые формируют коэффициент дифференциации.

2.2.1. Изменение коэффициента дифференциации

Как уже было сказано ранее, коэффициент дифференциации рассчитывается в соответствии со ст.1 Федерального закона №354-ФЗ от 30.11.2011, утвержденного законом о бюджете ФФОМС, для субъекта Российской Федерации (формула 2).

В соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» изменения с 2019 года заключались в том, что Правительство приняло решение учитывать при определении коэффициента дифференциации соотношение зарплаты в регионе и средней зарплаты в стране. При этом формула расчета коэффициента не изменилась (РБК, 2018).

Изменения расчета коэффициента дифференциации было сделано, чтобы учесть особенности регионов, в которых заработная плата выше, чем в среднем по России, тем самым выровнять ситуацию в целом по стране. Это стало большим ударом для бюджетов тех регионов, где относительно высокая заработная плата. Значения коэффициентов дифференциации по всем регионам РФ после изменений в законе 2019 года представлены в Приложении 1.

Таким образом, на рост отчислений в 85 регионах повлияли следующие факторы:

1. Удорожание медицинских услуг в 2019 году. Этот коэффициент на 2019 год был проиндексирован на прогнозный уровень инфляции (4,3%) и, соответственно, увеличился с 1,073 до 1,119 (Федеральный закон № 354-ФЗ и ежегодно устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования);

2. Изменение Коэффициента средневзвешенной заработной платы i -го субъекта Российской Федерации $K_{зп}(i)$. С 2019 года он рассчитывается по формуле (рисунок 4):

Коэффициент $K_{зп(i)}$ рассчитывается по формуле:

$$K_{зп(i)} = \frac{ЗП_i \times ТР_{зп}}{ЗП \times ТР_{зп}},$$

где $ЗП_i$ - среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на одного работника в i -м субъекте Российской Федерации за год, предшествующий году, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

$ТР_{зп}$ - темп роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы в Российской Федерации на год, на который рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, к году, предшествующему году, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в соответствии с прогнозом социально-экономического развития Российской Федерации;

$ЗП$ - среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на одного работника в Российской Федерации за год, предшествующий году, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Рис.4 Скриншот из базы «КонсультантПлюс», дата обращения 22.05.2020

Источник: [Федеральный закон от 30.11.2011 N 354-ФЗ (ред. от 28.11.2018)]

Очевидно, что приведенная формула заведомо ошибочна, поскольку в числителе должен быть $ТР_{зп}$ – темп роста по региону, а в знаменателе – темп роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы по Российской Федерации (рис.4). По информации, полученной от представителей ТФОМС СПб и ЛО, так задумывалось изначально, однако в законе формула, где темп роста одинаковый в числителе и знаменателе. На рисунке 4 приведен текст из Федерального закон от 30.11.2011 N 354-ФЗ, подтверждающий ошибку формулы в законе.

При этом, $ЗП$ - среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на одного работника в Российской Федерации за год, предшествующий году, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения (354-ФЗ, 2010).

В ходе написания ВКР был сделан вывод, что формула в ФЗ N 354 написана с ошибкой, которая за полтора года не была устранена.

Таким образом, для регионов со средней зарплатой выше, чем средняя по РФ, отчисления выросли поскольку вырос и коэффициент дифференциации, и коэффициент средневзвешенной заработной платы. Для всех регионов (кроме Томской области), рост

коэффициента удорожания оказался более существенным, чем сокращение коэффициента средневзвешенной заработной платы.

Более того, в рамках работы ВКР была выдвинута гипотеза, что включение в числитель регионального темпа роста средневзвешенной заработной платы будет выгодно для Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

В доказательство были проанализированы данные прогноза социально-экономического развития Санкт-Петербурга и Ленинградской области на период до 2035 год. Были рассмотрены данные 2019-2021 годов.

Таблица 2 Темп роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы, %

Регион	2019	2020	2021
Санкт-Петербург	106,1	106,5	107,5
Ленинградская область	105,1	105,6	106,0
РФ	106,1	105,4	112,0

Источник: [Администрация Санкт-Петербурга; Комитет экономического развития и инвестиционной деятельности Ленинградской области, дата обращения 21.05.2020]

В таблице 2 видно, что в 2019 году в Санкт-Петербурге темп роста ЗП был равен среднемесячному темпу роста заработной платы по стране, а в Ленинградской области показатель был ниже, чем в РФ. По прогнозу на 2021 год, в Санкт-Петербурге и в Ленинградской области темп роста ЗП будет гораздо ниже, чем показатель по России. Это доказывает то, что конкретно Санкт-Петербургу и Ленинградской области было бы экономически выгодно включить в формулу темп роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы по региону. Это позволило бы сделать коэффициент заработной платы ниже 1. Следовательно, рассчитывая коэффициент дифференциации в данных регионах в числителе была бы 1, что может повлиять на уменьшение коэффициента дифференциации. В результате, это уменьшит тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в ФФОМС.

Перейдем к рассмотрению изменения значения коэффициента дифференциации по регионам с самым большим изменением показателя.

В связи с тем, что уровень заработной платы в Москве постоянно растет и существенно выше, чем в среднем по России в результате поправок для Москвы коэффициент дифференциации был увеличен с 0,33 до 0,8196 (почти в 2,5 раза). По этому же принципу и для Санкт-Петербурга коэффициент вырос до 0,5965 (в 1,8 раза), для

Московской области — до 0,52 (в 1,6 раза) и для Ленинградской области — до 0,4365 (в 1,3 раза).

Следовательно, мы видим из формулы расчета коэффициента дифференциации (формула 2), если сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях ($K_{p(i)}$) равна 1, как в Ленинградской области, например, то в числитель ставят коэффициент уровня среднемесячной заработной платы ($K_{зп(i)}$). Тогда для регионов, где уровень ЗП выше, чем в среднем по стране, числитель равен коэффициенту уровня среднемесячной ЗП.

В представленных на рисунке 5 регионах заметна прямо пропорциональная зависимость между уровнем дохода и коэффициентом дифференциации.



Рис.5 Коэффициент дифференциации в 2018 и 2019 гг.

Источник: [Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, дата обращения 05.03.2020]

Как следствие, тариф взносов по ОМС в расчете на одного неработающего гражданина увеличится для Москвы с текущих 6,75 тыс. до 17,3 тыс. руб. (то есть более чем в 2,5 раза), для Санкт-Петербурга — с 6,75 тыс. до 12,6 тыс. руб., для Московской области — с 6,75 тыс. до 11 тыс. руб. и для Ленинградской области — с 6,75 тыс. до 9,2 тыс. руб., следует из расчетов документа ФФОМС (Федеральный фонд ОМС, 2020). В частности, для Москвы, Санкт-Петербурга, Московской и Ленинградской областей тариф значительно вырос (рис.6).

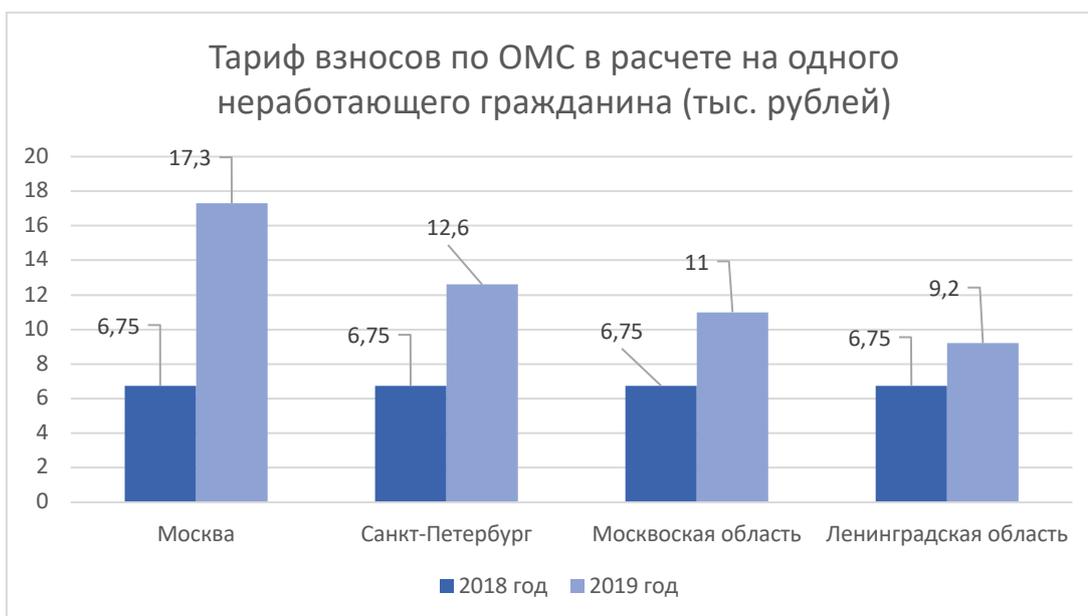


Рис.6 Тариф взносов по ОМС в расчете на одного неработающего гражданина в 2018 и 2019 годах.

Источник: [Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, дата обращения 05.03.2020]

Как уже было сказано ранее, помимо изменения методики правительство пересмотрело районные коэффициенты к зарплате, что затронуло еще 33 региона (Тыва, Тюменская область, Челябинская область, Ханты-Мансийский автономный округ и другие). В результате коэффициенты дифференциации снизились для 22 регионов, наиболее ощутимо – для Томской области. А из-за коэффициента удорожания медицинских услуг тариф увеличился для всех регионов, за исключением Томской области, в которой тариф незначительно уменьшился на 300 рублей.

Более того, в 2019 году сумма взносов регионов за неработающих увеличилась до 719,3 миллиардов рублей, а весь рост был обеспечен бюджетами Москвы, Санкт-Петербурга, Московской и Ленинградской областей. Так, взнос Москвы увеличился с 34 миллиардов рублей в 2018 году до 68,9 миллиардов рублей, Московской области — с 24,5 миллиардов до 44,6 миллиардов рублей, Санкт-Петербурга — с 17,7 миллиардов до 30,6 миллиардов рублей, Ленинградской области — с 5,4 миллиардов до 6,6 миллиардов рублей (РБК, 2018).

Планировалось, что благодаря новой методике расчёта тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, а также с учётом изменения численности неработающих лиц, размер страховых взносов в 2019 году по сравнению с 2018 годом уменьшится в 60 регионах на общую сумму 15,7 млрд рублей (Федеральный фонд ОМС, 2019).

Однако, страховые взносы повысились в 85 регионах. В том числе, в 2019 году в Ленинградской области сумма страховых взносов на ОМС неработающего населения, рассчитанная по новой методике, выросла больше чем на 1,5 млрд. рублей. Это связано с увеличением тарифа на ОМС неработающего населения по Ленинградской области, как уже было сказано выше. В пункте 2.3. данной работы будут подробнее рассмотрены данные, предоставленные Правительством Ленинградской области, а именно – Первым заместителем директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области, Ю.Н. Антюхиным. Предоставленные данные рассмотрены в следующем пункте этой главы.

2.3. Кейс «Расчет размера страховых взносов на ОМС неработающего населения на 2018-2020 годы в Ленинградской области»

Для примера всего вышесказанного, в данной работе были рассмотрены данные, предоставленные Правительством Ленинградской области, а именно – Первым заместителем директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области, Антохиным Юрием Николаевичем. Предоставленные данные рассмотрены во втором пункте этой главы.

Таблица 3 Расчет размера страховых взносов на ОМС неработающего населения на 2019 год

Наименование показателя	Расчет страхового взноса на ОМС неработающего населения по Федеральному закону №354-ФЗ	Расчет страхового взноса на ОМС неработающего населения по новой методике	Отклонение
Численность неработающих на 01.01.2018 (чел.)	719 858	719 858	0
Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения (руб.)	18 864,6	18 864,6	0,0
Коэффициент дифференциации	0,3333	0,4365	0,1032

Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг в 2019 году	1,1190	1,1190	0,0000
Тариф на ОМС неработающего населения по Ленинградской области (руб.)	7 035,80	9 214,30	2 178,50
Сумма страховых взносов на ОМС неработающего населения, (руб.)	5 064 776 916,40	6 632 987 569,40	1 568 210 653,00

Таблица 4 Расчет размера страховых взносов на ОМС неработающего населения на 2018-2019 годы

Наименование показателя	Источник данных	2018 год	2019 год
Численность неработающих на 1 января года, предшествующего очередному (чел.)	На 01.01.2019 - Отчет по форме 8 «Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию» на 01.01.2019.	800 633	719 858
Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения (руб.)	ст.1 Федерального закона №354-ФЗ от 30.11.2011	18 864,6	18 864,6
Коэффициент дифференциации	Рассчитывается в соответствии со ст.1 Федерального закона №354-ФЗ от 30.11.2011, утверждается законом о бюджете ФФОМС	0,3333	0,4365
Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг**	Устанавливается законом о бюджете ФФОМС	1,073	1,119
Тариф на ОМС неработающего населения по Ленинградской области (руб.)	гр.5=гр.2*гр.3*гр.4 (ст.2 354-ФЗ от 30.11.2011)	6 746,60	9 214,30
Сумма страховых взносов на ОМС неработающего населения, рассчитанная по ч.2 ст.23 №326-ФЗ (руб.)	гр.6=гр.1*гр.5	5 401 550 598	6 632 987 569

В работе была поставлена задача выяснить, с чем связано значительное увеличение суммы (на 1 568 210 653,00) страховых взносов на ОМС неработающего населения в Ленинградской области. Для этого будут рассмотрены данные с 2018-2020 гг.

Коэффициент дифференциации был увеличен в 2019 году на законодательном уровне, как было выяснено в первой части второй главы. Более того, мы видим по таблице 3, при неизменной численности неработающих на 1 января, вырос тариф на ОМС неработающего населения, что повлияло на увеличение суммы страховых взносов в целом. В главе 2 был подробно разобран коэффициент дифференциации и формула расчета тарифа на ОМС, чтобы выделить все факторы, влияющие на увеличение выплат неработающему населению ОМС.

В рамках работы были проанализированы данные Ленинградской области по расчету размера страховых взносов на ОМС неработающего населения на 2018-2020 годы.

Численность неработающих на 1 января года, предшествующего очередному в 2018 году составляла 800 633 человек, в 2019 году – 719 858 человек, в 2020 году по расчету – 721 891 человек. Данные на 01.01.2019 - Отчет по форме 8 «Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию».

Согласно статье 1 Федерального закона №354-ФЗ от 30.11.2011 тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения не менялся с 2018 по 2020 год и составлял 18 864,6 рублей, который единый по стране (ФФОМС, 2018).

Особое внимание стоит обратить на расчет коэффициента дифференциации.

Таблица 5 Расчёт показателей по Ленинградской области с 2019-2021 годы

Наименование показателя	2019	2020	2021
Сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях	1,000	1,000	1,000
Коэффициент уровня среднемесячной заработной платы Ленинградской области	1,0040	0,9825	0,9979
Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на одного работника в	39 333	42 686	43 631

Ленинградской области (на 2018 год) (руб.)			
Темп роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы в Российской Федерации	106,1%	105,4%	112,0%
Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на одного работника в Российской Федерации (на 2018 год) (руб.)	39 167	43 445	43 724
Максимальное значение суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, для субъектов Российской Федерации, для которых выбирается коэффициент $K_p(i)$,	2,3	3,0	3,0
Коэффициент дифференциации	0,4365	0,3333	0,3333

Более того, для Ленинградской области, как и для всей страны, изменился коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг, который вырос с 2018 года до 2019 года на 0,046. А в 2020 году значение достигло своего максимума, относительно предыдущих лет, в значении 1,162.

Формула расчета коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг была рассмотрена в начале второй главы (формула 3).

Таблица 6 Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг в Ленинградской области

Наименование показателя	Источник данных	2018	2019	2020 (расчет)	Отклонение
Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг**	Устанавливается законом о бюджете ФФОМС	1,073	1,119	1,162	-0,009

После изменения закона, произошли следующие изменения в расчетах страхового взноса на ОМС неработающего населения на 2019 год, которые представлены в таблице №7 и продемонстрированы на диаграмме (рис.7).

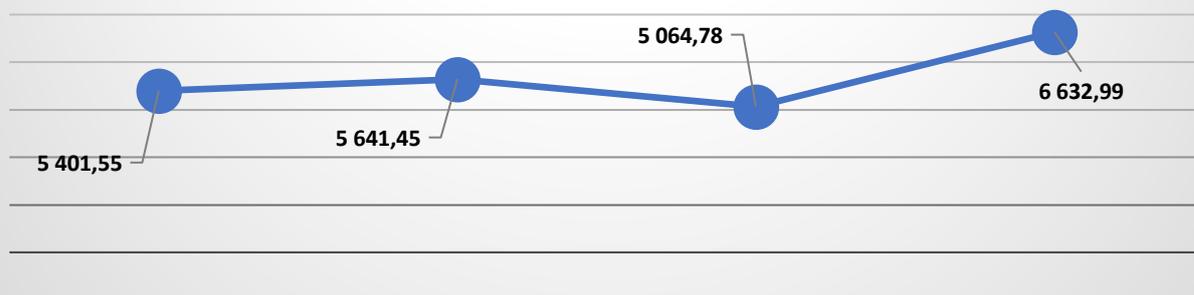
Таблица 7 Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг в Ленинградской области

Утверждено на 2018 год (численность на 01.04.)	5 401,55 млн
Проект областного бюджета Ленинградской области на 2019 год (численность на 01.04.)	5 641,45 млн
Расчет страхового взноса на ОМС неработающего населения по Федеральному закону №354-ФЗ	5 064,78 млн
Расчет страхового взноса на ОМС неработающего населения по Федеральному закону 438-ФЗ от 28.11.18 (УТВЕРЖДЕНО)	6 632,99 млн

Правительство Ленинградской области надеялось сократить расходы из-за изменения даты подсчета количества неработающего населения (с 1 апреля, как было до 2019 года, на 1 января, как стало после 2019 года), так как количество неработающих могло бы сократиться таким образом. Предполагалось, что сумма будет составлять 5 064,78 миллионов рублей, а получилось 6 632,99 миллионов рублей.

Конечная утверждённая сумма получилась примерно на 23 % больше, чем в 2018 году. Можно сделать вывод, что изменение даты подсчета не помогает в сокращении расходов на неработающее население, потому что в Ленинградской области средняя заработная плата выше, чем в среднем по всей стране.

Сравнение расчета страхового взноса на ОМС неработающего населения на 2019 год



УТВЕРЖДЕНО НА 2018 ГОД (ЧИСЛЕННОСТЬ НА 01.04.)	ПРОЕКТ ОБЛАСТНОГО БЮДЖЕТА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2019 ГОД (ЧИСЛЕННОСТЬ НА 01.04.)	РАСЧЕТ СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОМС НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ №354-ФЗ	РАСЧЕТ СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОМС НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ 438-ФЗ ОТ 28.11.18 (УТВЕРЖДЕНО)
---	--	---	--

Рис.7 Тариф взносов по ОМС в расчете на одного неработающего гражданина

Источник: [Федеральный фонд обязательного медицинского страхования]

Кроме всего вышеперечисленного, стоит провести сравнение страхового взноса на ОМС неработающего населения и межбюджетного трансферта из областного бюджета на 2019 год.

Таблица 8 Сравнение страхового взноса на ОМС неработающего населения и межбюджетного трансферта из областного бюджета на 2019 год

Проект областного бюджета Ленинградской области на 2019 год (численность на 01.04.)	5 641 447,3 млн
Расчет страхового взноса на ОМС неработающего населения по Федеральному закону 438-ФЗ от 28.11.18 (УТВЕРЖДЕНО)	6 632 987,6 млн
Межбюджетный трансферт из областного бюджета в бюджет ТФОМС ЛО (Первоначальный)	4 654 045,6 млн
Межбюджетный трансферт из областного бюджета в бюджет ТФОМС ЛО (УТВЕРЖДЕНО)	3 662 505,3 млн

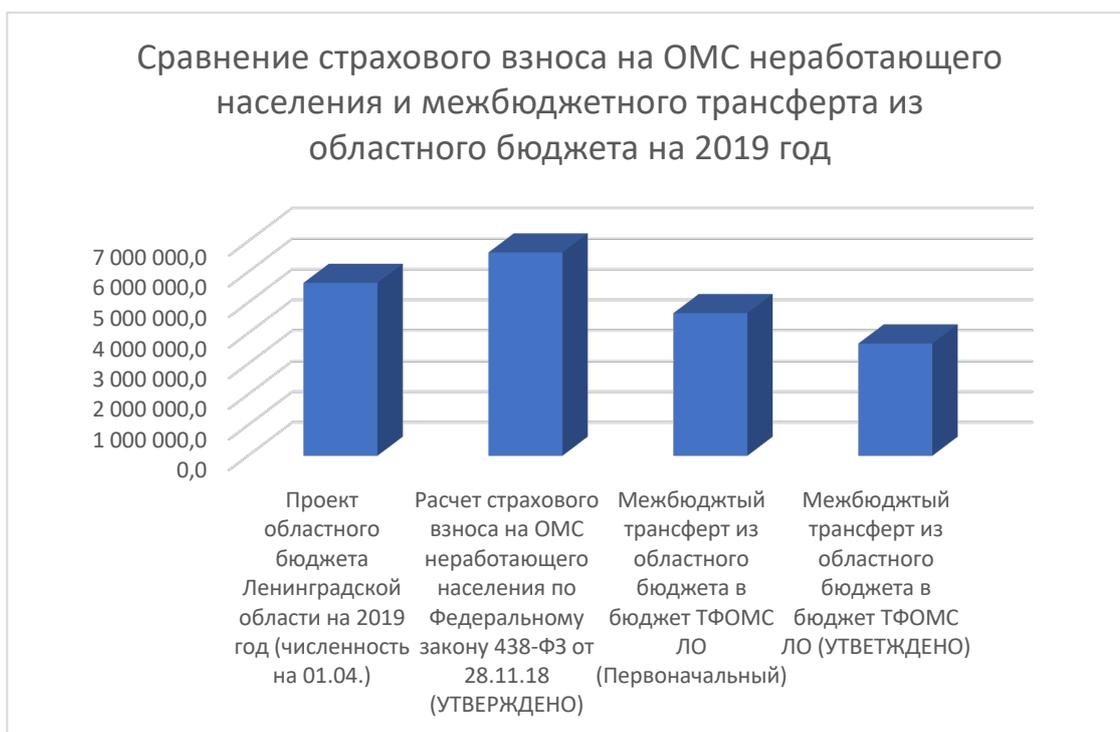


Рис.8 Сравнение страхового взноса на ОМС неработающего населения и межбюджетного трансферта из областного бюджета на 2019 год

Источник: [Федеральный фонд обязательного медицинского страхования]

Подводя итог, можно сделать заключение, что на расчет стоимости тарифа ОМС на неработающее население влияют: тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения, коэффициент дифференциации и количество неработающего населения, на которое регион может повлиять, в отличии от других составляющих формулы расчета выплаты, и коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг.

Перемножая эти показатели, получается тариф ОМС на неработающее население в Ленинградской области.

Сравнив 2018 и 2019 года, мы пришли к выводам:

1. Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения не изменился (18 864,6 рублей);
2. Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг вырос более чем на 4 % для всей страны;
3. Коэффициент дифференциации вырос более чем на 30 %. До 2018 года в формуле коэффициента дифференциации стояла единица в числителе, потому что коэффициент заработной платы был меньше 1.

Однако в 2019 году коэффициент заработной платы был 1,004, следовательно, в расчёте коэффициента дифференциации в числителе стоял он, так как в числителе стоит функция взятия максимума между 1 и коэффициентом заработной платы.

Чтобы уменьшить коэффициент дифференциации нужно, чтобы коэффициент заработной платы в регионе был меньше или равен 1. Для этого необходимо, чтобы произведение средней заработной платы в Ленинградской области на темп роста заработной платы в регионе было меньше или равно произведению средней заработной платы по стране на темп роста заработной платы. Для этого нужно увеличить темп роста заработной платы по стране или включить в формулу региональный темп роста заработной платы, как было доказано во второй главе.

Делая вывод, уменьшение коэффициента может быть связано: с сокращением средневзвешенной заработной платы в регионе или с ростом средневзвешенной заработной платы в целом по стране.

Если рост средневзвешенной ЗП в регионе быстрее, чем по стране в целом, субъект РФ должен предусмотреть финансовые источники для компенсации роста тарифа за новый год.

ГЛАВА 3. МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ЧИСЛЕННОСТЬЮ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

3.1. Исследование факторов управления численностью неработающего населения

Как уже было сказано в первой главе, регион платит страховые взносы на ОМС за следующие категории неработающего населения:

- а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
- б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
- в) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
- г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
- д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
- ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах «а» - «е» граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц (№ 326-ФЗ, 2010).

Единственные представители неработающих лиц, на количество которых может повлиять регион это безработные. По этой причине, в данном разделе работы мы сосредоточимся на безработных представителях неработающих застрахованных лиц.

Необходимо обозначить, какую группу граждан относят к безработным по законодательству РФ. Согласно закону РФ от 19.04.1991 N 1032-1 (ред. от 02.12.2019) "О занятости населения в Российской Федерации" безработными признаются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней. При этом в качестве заработка не учитываются выплаты выходного пособия и сохраняемого среднего заработка гражданам, уволенным в связи с ликвидацией организации либо прекращением деятельности индивидуальным предпринимателем, сокращением численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя.

Численность безработных в России в феврале 2020 года, по предварительным данным Росстата, составила 3,425 млн человек, или 4,6% экономически активного

населения. По сравнению с февралем 2019 года показатель уменьшился на 6,3% (ТАСС, 2020).

Численность рабочей силы в возрасте 15 лет и старше в феврале 2020 г. составила 74,5 млн человек, из них 71,1 млн человек классифицировались как занятые экономической деятельностью и 3,4 млн человек – как безработные, соответствующие критериям Международной организации труда (МОТ). К этой категории относятся люди, которые не имели работы или доходного занятия, искали работу и были готовы приступить к ней в обследуемую неделю.

Уровень занятости населения (отношение численности занятого населения к общей численности населения в возрасте 15 лет и старше) в феврале 2020 г. составил 58,9%.

Уровень безработицы (отношение численности безработных к численности рабочей силы) в феврале 2020 г. составил 4,6%.

Численность экономически активного населения в феврале текущего года составила 74,5 млн человек, или 51% от общей численности населения страны, отмечает Росстат (ТАСС, 2020). Численность безработных в России в феврале 2020 года, по предварительным данным, составила порядка 3,425 млн человек, или 4,6% экономически активного населения. Как отмечается в оперативном докладе Росстата, по сравнению с февралем прошлого года показатель уменьшился на 6,3%.

Переходя от ситуации в целом по стране, к конкретным регионам, в Санкт-Петербурге по состоянию на 1 января 2020 года численность постоянного населения в Санкт-Петербурге составляет 5398,1 тыс. человек (Администрация Санкт-Петербурга, 2020). Численность безработных граждан по методологии Международной организации труда (МОТ) составила 47,2 тыс. человек в среднем за дек. 2019г.– февр. 2020г.). Основные показатели рынка труда и сферы занятости Санкт-Петербурга в январе-марте 2019 года представлены в Приложение 2.

Помимо статистических данных по России и Санкт-Петербургу, в данной главе необходимо затронуть тему самозанятых, и чем они отличаются от индивидуальных предпринимателей.

Чтобы начать свое дело, с 2019 году необязательно регистрировать ООО или ИП. Можно стать самозанятым-плательщиком налога на профессиональный доход.

Самозанятые физлица не имеют официального определения ни в одном законе РФ. Самозанятыми называют тех лиц, которые не имеют наемных работников и получают доход от собственной профессиональной деятельности. Такой деятельностью может быть оказание услуг, продажа продукции собственного производства, сдача своего имущества в аренду, работа фотографом и др.

В правовом поле РФ сейчас есть 2 вида самозанятых, которые введены разными федеральными законами и имеют немало отличий:

- Физлица, оказывающие услуги другим гражданам по присмотру за детьми, больными, пожилыми людьми, по уборке жилых помещений (п. 7.3 ст. 83 НК РФ).
- Граждане, зарегистрированные как плательщики налога на профессиональный доход в соответствии с Законом от 27.11.2018 № 422-ФЗ.

Налог на профессиональный доход ввели в 2019 году. Этот налоговый режим позволяет самозанятым гражданам в 4 регионах нашей страны (Москве, Московской области, Татарстане, Калужской области) легализовать свои доходы: стать плательщиком налога на профессиональный доход. Как показала официальная статистика, в 2019 году легально зарегистрировались более 340 000 самозанятых (Федеральная служба государственной статистики, 2020). Для легализации не нужно открывать ИП, достаточно зарегистрироваться как плательщик налога на профдоход в приложении «Мой налог» или на специальном сайте ФНС.

В 2020 году Правительство приняло решение подключить к вышеперечисленным регионам еще 19 субъектов РФ, в том числе Санкт-Петербург и Ленинградскую область. На 11 мая 2020 года всего в РФ было зарегистрировано 650 000 самозанятых (ТАСС, 2020).

Стоит отметить, что государство стимулирует граждан регистрироваться в качестве самозанятых. Например, новая инициатива Президента РФ, с которой выступил В.В. Путин 11 мая 2020. Так, Президент Владимир Путин поручил вернуть самозанятым уплаченные ими в 2019 г. налоги на доход. По его словам, участниками такого налогового режима по итогам прошлого года стали 340 000 россиян. В декабре оценивали число самозанятых в 330 000, а их совокупные выплаты в бюджет составили примерно 1 млрд руб (ТАСС, 2020).

Пока рано делать выводы о результатах экспериментального проекта регистрации самозанятых. По этой причине в рамках одним из вопросов глубинного интервью был о том, как это может повлиять регистрация самозанятых на количество официальных безработных в регионе.

Далее в главе 3.2. будут приведены результаты глубинного интервью с заместителем Председателя комитета по труду и занятости Санкт-Петербурга, Николаем Александровичем Рогачевым.

3.2. Комплекс рекомендаций Правительствам Санкт-Петербурга и Ленинградской области для управления отчислениями на ОМС за неработающее население

В результате глубинного интервью с заместителем Председателя комитета по труду и занятости Санкт-Петербурга, Николаем Александровичем Рогачевым была получена следующая информация:

В первую очередь, затрагивая вопрос отраслевого дефицита кадров в Санкт-Петербурге, ярче всего он выражен в IT-сфере. По оценке Комитета по труду и занятости, свободными остаются более 3 000 позиций в этой сфере. Более того, нуждаются в кадрах традиционные области и отдельные профессии, которые пользуются стабильным спросом, как водитель.

Ситуация с распространением коронавируса повлияла на нехватку работников на различных позициях в сфере медицины (врачи, младший и средний медперсонал).

Во-вторых, говоря об инструментах, которые может использовать Комитет по труду и занятости Санкт-Петербурга для сокращения числа безработных в городе, был сделан вывод, что Комитет не ставит перед собой цель – сократить число безработных. Безработица в пределах 5% от экономически активного населения (ЭАН) – это нормально. В ином случае, работодатели не имеют интереса к созданию рабочих мест – их не заместить и единственный способ – гонка зарплат и перекупка специалистов. Поэтому, корректнее говорить не о борьбе с безработицей, а об управлении уровнем экономической активности горожан. Таким образом, делается ставка только на экстенсивный рост, наращиваются вложения в инфраструктуру, которые никогда не окупятся, по словам Николая Александровича Рогачева.

«В целом, в 2020 году самое время решить, какой Петербург мы хотим - постоянно растущий территориально, при этом уровень жизни почти не будет прогрессировать, или же дорогой город с умной занятостью. Комитету ближе второй вариант» – говорит заместитель Председателя комитета по труду и занятости Санкт-Петербурга.

В-третьих, городу необходимо активно использовать механизмы для стимулирования работодателей создавать новые рабочие места. Особенно, важно создание специальных мотивационных мер в преддверии 1 января – даты определения количества городского населения для расчета отчисления города в ФФОМС за неработающее население. Сейчас к таким стимулам можно отнести: налоговый, инвестиционный, промышленный и узкоспециальные инструменты. Например, механизм субсидирования затрат на создание рабочих мест для инвалидов.

В-четвертых, в Комитете по труду и занятости нет целенаправленной городской политики по снижению уровня безработицы ради экономии на отчислениях в ФФОМС.

В-пятых, сейчас есть возможности сделать привлекательной официальную работу, но это не реализуется, по словам Николая Александровича Рогачева. Комитет неоднократно предлагал и просил субсидий у города на выплаты ИП и самозанятым, чтобы мотивировать рост официальной регистрации работников, но пока таких мер не последовало.

Стимулирование может быть только одно – работать официально (по трудовому договору) должно быть выгоднее, чем неформально. Для этого нужно существенно снизить налоговые выплаты на труд.

В завершении, необходимо затронуть тему последствий эпидемии коронавируса для структуры занятости Санкт-Петербурга. По данным Комитета по труду и занятости Санкт-Петербурга, по регистрируемой безработице были озвучены оценки в 70 000 новых зарегистрированных безработных в конце июня. Возможно, город выйдет на этот уровень даже раньше.

По малому и среднему бизнесу делают расчёты в отношении пострадавших отраслей: в этих сферах имеется порядка 88 000 хозяйствующих субъектов, половина из которых закроется с соответствующими последствиями для рынка труда – безработицей.

3.2.1. Предложения по управлению количеством неработающего населения

По результатам интервью с представителем Комитета по труду и занятости Санкт-Петербурга и исследования, проведенного в ВКР, был сформирован список рекомендаций, направленных на уменьшение численности неработающего населения в субъекте РФ.

Были выдвинуты следующие рекомендации:

1. Комитету по труду и занятости необходимо организовать курсы для обучения (по целевым заявкам от предприятий) для безработных навыкам ИТ с гарантированным устройством на работу после успешного завершения образовательной программы.

2. Комитету по труду и занятости организовать сбор информации о реструктуризации предприятий и организаций Санкт-Петербурга и Ленинградской области и использовать для высвобождаемых сотрудников опережающее обучение. Например, СПбГУ и Комитет по труду и занятости Санкт-Петербурга уже имеют опыт запуска совместных обучающих программ такого рода.

3. Правительству Санкт-Петербурга и Ленинградской области необходимо активно использовать механизмы для стимулирования работодателей создавать новые рабочие места. Особенно, важно создание специальных мотивационных мер в преддверии 1 января – даты определения количества городского населения для расчета отчисления города в

ФФОМС за неработающее население. Например, механизм субсидирования затрат на создание рабочих мест для молодых специалистов, студентов старших курсов высших учебных заведений. Студенты смогут работать на полставки, например, при этом в ВУЗе это будет котироваться как обязательная производственная практика, а для работодателя это будет выгодно, так как студенты – это молодые специалисты, готовые трудиться за минимальную заработную плату.

4. Необходимо наладить взаимодействие Территориального Фонда ОМС с Комитетом по труду и занятости региона, поскольку эти два государственных органа заинтересованы в сокращении безработицы в субъекте РФ. Необходимо организовывать круглые столы, заседания для работы над усовершенствованием политики борьбы с безработицей и для обсуждения совместных проектов. Например, совместной организации конференций для работодателей и безработных, «Форумов труда», «Дней карьеры». Более того, необходимо запустить в социальных сетях третированную социальную рекламную организаций, помогающих с трудоустройством молодым специалистам.

5. Для сокращения официального числа безработных Правительству Санкт-Петербурга необходимо усовершенствовать механизм мотивации фрилансеров/самозанятых регистрироваться в качестве индивидуальных предпринимателей, путем лоббирования интересов самозанятых перед Правительством РФ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе работы были оценены факторы, влияющие на страховые взносы Территориального Фонда ОМС за неработающее население. Таким образом, на примере Ленинградской области были проанализированы все составляющие формулы расчета значения страхового взноса в ФФОМС.

В заключении выпускной квалификационной работы были сделаны выводы по итогам исследования и обобщены рекомендации по сокращению расходов Правительства Санкт-Петербурга и Ленинградской области на ОМС неработающего населения. Кроме этого, был сформирован комплекс механизмов по сокращению численности неработающего населения, в первую очередь, безработных.

Комплекс мер по управлению региональным взносами за неработающее население в Федеральный Фонд ОМС:

1. Правительству Санкт-Петербурга выступить с законодательной инициативой о внесении в Трудовой Кодекс РФ определения «самозанятые» и сделать обязательным регистрацию фрилансеров/самозанятых в регионах путем регистрации в единой системе (не на экспериментальной основе, как сейчас). Это позволит не учитывать как безработных лиц, имеющих заработок.
2. Рассмотреть возможность исправления ошибочной формулы в Федеральном законе «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» от 30.11.2011 №354-ФЗ:
 - 2.1. ТФОМС Санкт-Петербурга направить в Минздрав РФ предложение устранить ошибку в формуле для расчета коэффициента дифференциации ФЗ №354;
 - 2.2. При исправлении формулы рассмотреть возможность включить в числитель региональный темп роста среднемесячной заработной платы *i*-го субъекта. Как было доказано во второй главе ВКР, это позволит уменьшить коэффициент дифференциации в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, тем самым сократить страховые взносы на ОМС неработающего населения в этих регионах.
3. Комитету по труду и занятости Санкт-Петербурга ужесточить контроль за занятостью населения исключительно в соответствии с трудовым договором.
4. Комитету по труду и занятости разработать стимулы для работодателей в целях создания и заполнения вакансий в конце календарного года, обратив особое внимание на отрасли, в которых продукт, создаваемый работником не пропорционален отработанным календарным дням. Это позволит уменьшить страховой взнос в ФФОМС.

5. Использовать механизмы для стимулирования работодателей создавать новые рабочие места. Например, для молодых специалистов, студентов старших курсов.
6. Выделить субсидии от Правительства субъекта на центры поддержки безработных, как в Швейцарии, где кантоны субсидируют региональные центры занятости для помощи безработным путем обучения и консультирования по различным вопросам.
7. Разработать программу образовательных курсов для безработного населения с гарантированным устройством на работу после успешного завершения образовательной программы. Например, курсы в IT, курсы водителей и младшего медицинского персонала. Это позволит устранить дефицит специалистов в этих сферах и сократить число безработных в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.
8. Организовать взаимодействие Комитета по труду и занятости региона с ведущими университетами субъекта с целью выявления кризисных ситуаций на рынке труда и внедрения опережающего обучения, которое позволяет избежать прироста количества безработных. Это можно сделать на примере успешного опыта взаимодействия СПбГУ с Комитетом по труду и занятости Санкт-Петербурга.
9. Поддерживать малый и средний бизнес. Особенно в период борьбы с COVID-19, введением режима самоизоляции и объявлении нерабочих дней важна поддержка малого и среднего бизнеса со стороны государства. В среднем и малом бизнесе в России занято 30 млн. человек (ТАСС, 2020). Государству необходимо оказывать финансовую поддержку наиболее пострадавшим представителям бизнеса, чтобы сократить рост массовой безработицы в 2020 году.

Предложенные рекомендации согласованы с ТФОМС ЛО, Комитетом по труду и занятости Санкт-Петербурга и направлены в Медицинский информационно-аналитический центр Санкт-Петербурга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лисицын Ю. (2013). *История развития здравоохранения в России* (В.И. Стародубова & О. П. Щепина (eds.)). ГЭОТАР-Медиа. Retrieved November 16, 2019, from <http://www.fesmu.ru/voz/20142/2014207.aspx>
2. Скляр Т. М. (2004). *Экономика и управление здравоохранением*. Издательский Дом Санкт-Петербургского университета. Факультет менеджмента, 76–79.
3. Скляр Т. М. (2003). Управление здравоохранением: государство или рынок? *Вестник Санкт-Петербургского Университета*, 7.
4. Степкина Ю. А. (2012) *Анализ моделей и способов финансирования здравоохранения и их развития в современных условиях*. Retrieved February 25, 2020, from https://swsu.ru/upload/iblock/6d3/lobachevvv_diss.pdf, 128-129.
5. Шишкин, С. В., Сажина, С. В., & Селезнева, Е. В. (2015). *Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения реформы?* Изд. дом Высшей школы экономики. Retrieved February 10, 2020, from https://wp.hse.ru/data/2015/08/11/1087700494/WP8_2015_04_f.pdf, 1-33.
6. Шишкин С. В., Шейман И. , Потапчик, Е. Г., Понкратова О. Ф. (2019). *Анализ состояния страховой медицины в России и перспективы её развития*. Изд. дом Высшей школы экономики. Retrieved February 11, 2020, from <https://publications.hse.ru/books/266095705>
7. Администрация Санкт-Петербурга. (2020). *Основные показатели рынка труда и сферы занятости Санкт-Петербурга в январе-апреле 2020 года.* Retrieved March 20, 2020, from https://www.gov.spb.ru/gov/otrasl/kom_zan/statistic/
8. Ведомости. (2020). *Самозанятые получают уплаченные ранее налоги*. Retrieved May 24, 2020, from <https://www.vedomosti.ru/economics/news/2020/05/11/829954-samozanyatie-poluchat-nalogi>
9. Издание Федерального Собрания РФ. (2019). *ФОМС: в России проживает 80 миллионов неработающих граждан*. Retrieved March 20, 2020, from <https://www.pnp.ru/social/foms-v-rossii-prozhivaet-80-millionov-nerabotayushhikh-grazhdan.html>
10. Комитет по информации и связи Санкт-Петербурга. (2019). *Ситуация на рынке труда в Санкт-Петербурге в 2019 году*. Retrieved April 1, 2020, from https://www.gov.spb.ru/static/writable/documents/2019/07/05/AC_Ситуация_на_рынке_труда_в_январе-марте_2019.pdf
11. Комитет по труду и занятости населения Санкт-Петербурга. (2020). *Официальный*

- сайт*. Retrieved March 9, 2020, from <http://rspb.ru>
12. Минздрав России. (2019). *Приказ Минздрава России от 12.04.2019 N 213н "О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2013 г. N 182н "Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательный медицинский страхование"*. Retrieved March 29, 2020, from http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324499/
 13. Минтруд России. (2020). *Информация о ситуации на рынке труда Российской Федерации*. Retrieved May 22, 2020, from <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/inform/1>
 14. Правительство Ленинградской области. (2020). *Прогноз социально-экономического развития Ленинградской области на период до 2035 года*. Retrieved March 21, 2020, from <https://econ.lenobl.ru/ru/budget/social/prognoz-lo-dolg/prognoz-lo-na-2035/>
 15. РБК. (2018). *Столичная доплата: как в Москве и Петербурге подорожает ОМС неработающих*. Retrieved March 3, 2020, from <https://www.rbc.ru/economics/04/10/2018/5bb4bac89a794732ff4b5df1>
 16. Российская Газета. (2020). *Уровень безработицы в России*. Retrieved March 2, 2020, from <https://rg.ru/2020/03/24/uroven-bezraborticy-v-rossii-snizilsia-do-46-procenta.html>
 17. Российская Федерация. (2018). *Федеральный закон "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов" от 28.11.2018 N 433-ФЗ*. Retrieved December 8, 2019, from http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312087/
 18. Российская Федерация. (2011). *Федеральный закон "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения" от 30.11.2011 N 354-ФЗ*. Retrieved December 4, 2019, from http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122459/
 19. Российская Федерация. (2010). *Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»*. Retrieved March 7, 2020, from http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/
 20. Система ОМС. (2020). *Федеральный фонд социального страхования*. Retrieved May 10, 2020, from <http://www.ffoms.ru>
 21. ТАСС. (2020). *Число безработных в России*. Retrieved March 30, 2020, from <https://tass.ru/ekonomika/8037575>
 22. Территориальный Фонд ОМС Ленинградской области. (2019). *Информация о системе ОМС*. May 8, 2020, from <https://lofoms.spb.ru/info>

23. Федеральная налоговая служба России. (2020). *Специальный налоговый режим для самозанятых граждан*. Retrieved May 20, 2020, from <https://npd.nalog.ru>
24. Федеральная служба государственной статистики. (2020). Динамика среднемесячной номинальной и реальной начисленной заработной платы *Официальный сайт*. Retrieved March 29, 2020, from https://www.gks.ru/bgd/free/b00_24/IssWWW.exe/Stg/d000/i000050r.htm
25. Федеральная служба по труду и занятости. (2019). *Официальный сайт*. Retrieved March 30, 2020, from <https://www.rostrud.ru>
26. Федеральный фонд ОМС. (2020). *Официальный сайт*. Retrieved April 8, 2020, from <http://www.ffoms.ru>
27. ФФОМС. (2018). *Система ОМС в РФ*. Retrieved December 10, 2019, from <http://www.ffoms.ru/system-oms/>
28. Bertozzi, F., Bonoli, G., & Ross, F. (2008). The swiss road to activation: Legal aspects, implementation and outcomes. In *Bringing the Jobless into Work?: Experiences with Activation Schemes in Europe and the US*. https://doi.org/10.1007/978-3-540-77435-8_4
29. Bloomberg. (2019) *These Are the World's Healthiest Nations*. Retrieved May 20, 2020, from <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>
30. Champion, C. (2012). Switzerland: A latecomer catching up? In *Regulating the Risk of Unemployment: National Adaptations to Post-Industrial Labour Markets in Europe*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199592296.003.0007>
31. Church, C. H. (2004). *The Politics and Government of Switzerland. The Politics and Government of Switzerland*. <https://doi.org/10.1057/9780230509009>
32. Chuck Emerson Media. (2020). *Health Insurance Options in Germany - 2020*. Health Insurance Options in Germany - 2020
33. De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition, 17*(4), 1–323.
34. Djurdjevic, D. (2005). Unemployment and Under-employment: The Case of Switzerland. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.476301>
35. Fossedal, G. A. (2018). *Direct democracy in Switzerland. Direct Democracy in Switzerland*. <https://doi.org/10.4324/9780203793237>
36. Guessous, I., Gaspoz, J. M., Theler, J. M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine, 55*, 521–527.

- <https://doi.org/10.1016/j.ypmmed.2012.08.005>
37. Hehli, S. (2016). Für Familien wird es teuer. In *Neue Zürcher Zeitung NZZ*.
<https://www.nzz.ch/schweiz/krankenkassenpraemien-2017-fuer-familien-wird-es-teuer-ld.118872>
 38. Herzlinger, R. E., & Parsa-Parsi, R. (2004). Consumer-driven health care: Lessons from Switzerland. *Journal of the American Medical Association*, 292(10), 1213–1220.
<https://doi.org/10.1001/jama.292.10.1213>
 39. Immergut, E. M. (2010). The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden. In *Structuring Politics*.
<https://doi.org/10.1017/cbo9780511528125.004>
 40. Kreier, R., & Zweifel, P. (2010). Health Insurance in Switzerland: A Closer Look at a System Often Offered as a Model for the United States. *Hofstra Law Review*, 39(1), 89–110.
 41. Landolt, N. (2018). Weil Krankenkasse keine HIV-Medikamente zahlt: Aargauern auf Schwarzer Liste droht der Tod. Retrieved March 25, 2020, from <https://www.aargauerzeitung.ch/aargau/kanton-aargau/weil-krankenkasse-keine-hiv-medikamente-zahlt-aargauern-auf-schwarzer-liste-droht-der-tod-132518862>

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Федеральному закону
"О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2019 год и на плановый период
2020 и 2021 годов"

КОЭФФИЦИЕНТЫ
ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДЛЯ РАСЧЕТА ТАРИФА СТРАХОВОГО ВЗНОСА
НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩЕГО
НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ГОРОДА
БАЙКОНУРА НА 2019 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2020
И 2021 ГОДОВ

Наименование	Значение коэффициента дифференциации
Республика Адыгея (Адыгея)	0,3333
Республика Алтай	0,5100
Республика Башкортостан	0,3850
Республика Бурятия	0,5087
Республика Дагестан	0,3363
Республика Ингушетия	0,3333
Кабардино-Балкарская Республика	0,3333
Республика Калмыкия	0,3567
Карачаево-Черкесская Республика	0,3333
Республика Карелия	0,5810
Республика Коми	0,6233
Республика Крым	0,3333
Республика Марий Эл	0,3333
Республика Мордовия	0,3333
Республика Саха (Якутия)	0,7617
Республика Северная Осетия - Алания	0,3423
Республика Татарстан (Татарстан)	0,3333
Республика Тыва	0,6473
Удмуртская Республика	0,3833
Республика Хакасия	0,5333
Чеченская Республика	0,3333
Чувашская Республика - Чувашия	0,3333
Алтайский край	0,4033
Забайкальский край	0,5093
Камчатский край	0,7763
Краснодарский край	0,3333
Красноярский край	0,5390
Пермский край	0,3853

Приморский край	0,5087
Ставропольский край	0,3347
Хабаровский край	0,5410
Амурская область	0,5320
Архангельская область	0,6010
Астраханская область	0,3333
Белгородская область	0,3333
Брянская область	0,3333
Владимирская область	0,3333
Волгоградская область	0,3333
Вологодская область	0,3923
Воронежская область	0,3333
Ивановская область	0,3333
Иркутская область	0,5227
Калининградская область	0,3333
Калужская область	0,3333
Кемеровская область	0,4333
Кировская область	0,3660
Костромская область	0,3333
Курганская область	0,3833
Курская область	0,3333
Ленинградская область	0,4365
Липецкая область	0,3333
Магаданская область	0,8343
Московская область	0,5200
Мурманская область	0,7337
Нижегородская область	0,3353
Новгородская область	0,3333
Новосибирская область	0,4000
Омская область	0,3833
Оренбургская область	0,3833
Орловская область	0,3333
Пензенская область	0,3367
Псковская область	0,3333
Ростовская область	0,3340
Рязанская область	0,3333
Самарская область	0,3333
Саратовская область	0,3337
Сахалинская область	0,6570
Свердловская область	0,3860
Смоленская область	0,3333
Тамбовская область	0,3333
Тверская область	0,3333
Томская область	0,4867
Тульская область	0,3333

Тюменская область	0,3870
Ульяновская область	0,3333
Челябинская область	0,3867
Ярославская область	0,3333
Город федерального значения Москва	0,8196
Город федерального значения Санкт-Петербург	0,5965
Город федерального значения Севастополь	0,3333
Еврейская автономная область	0,5183
Ненецкий автономный округ	0,7667
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	0,6700
Чукотский автономный округ	1,0000
Ямало-Ненецкий автономный округ	0,7667
Город Байконур	0,4667

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЫНКА ТРУДА И СФЕРЫ ЗАНЯТОСТИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В ЯНВАРЕ-МАРТЕ 2020 ГОДА

Таблица 1

РЫНОК ТРУДА			
1	Численность постоянного населения (на 1 января 2020 г.)*	тыс. чел.	5 398,1
2	Население в трудоспособном возрасте (муж.-16-59 л., жен.-16-54 л., на 01.01.2020 г.)*	тыс. чел.	3 040,2
3	Численность рабочей силы (в среднем за декабрь 2019г.-февраль 2020 г.)*	тыс. чел.	3 095,7
4	Население, занятое в экономике (в среднем за декабрь 2019г.-февраль 2020 г.)*	тыс. чел.	3 048,5
5	Уровень занятости населения (в среднем за декабрь 2019г.-февраль 2020 г.)*	% от насел. в возрасте от 15 лет и старше	66,6
6	Численность безработных по методологии МОТ(в среднем за дек. 2019г.-февр. 2020г.)*	тыс. чел.	47,2
7	Уровень общей безработицы (в среднем за декабрь 2019г.-февраль 2020 г.)*	% от рабочей силы	1,5
8	Численность работников в организациях (без субъектов малого предпринимательства) в январе 2020 г.*	тыс. чел.	1 517,3
9	Численность работавших неполное рабочее время по инициативе работодателя в организациях (без субъектов малого предпринимательства) в IV квартале 2019 г.*	тыс. чел.	3,48
10	Находившиеся в простое по вине работодателя и по причинам, не зависящим от работодателя и работника в организациях (без субъектов малого предпринимательства) в IV квартале 2019 г.*	тыс. чел.	7,33
11	Численность требуемых работников на вакантные рабочие места в организации (без субъектов малого предпринимательства) на конец IV квартала 2019.*	тыс. чел.	66,5
12	Принято работников в организации (без субъектов малого предпринимательства) в IV квартале 2019 г.*	тыс. чел.	114,2
13	Выбыло работников из организаций (без субъектов малого предпринимательства) в IV квартале 2019 г.*	тыс. чел.	118,5
14	Стоимость рабочей силы – средняя номинальная заработная плата за январь 2020 г.*	руб.	62 513

15	Величина прожиточного минимума для трудоспособного населения (за IV квартал 2019г.)	руб.	12 622,1
СФЕРА ЗАНЯТОСТИ			
16	Заявленная предприятиями и организациями в службу занятости потребность в работниках (на конец марта 2020 г.)	чел.	30 816
16.1	из них: по рабочим профессиям	чел.	16 967
17	Количество работодателей, обратившихся за содействием в подборе необходимых работников, без учета повторных обращений (с начала года)	чел.	2 636
18	Количество заявлений граждан о предоставлении государственных услуг (с начала года), из них:	ед.	90 902
18.1.	по содействию в поиске подходящей работы	ед.	31 527
18.1.1	из них от: незанятых	ед.	22 854
18.2.	по информированию о положении на рынке труда	ед.	37 845
18.3.	по профессиональной ориентации	ед.	17 548
19	Нашли работу из числа обратившихся	чел.	16 806
19.1.	% от обратившихся (стр. 19 от стр.18.1)	%	53,3
20	Численность граждан, состоящих на регистрационном учете в целях поиска подходящей работы (на конец марта 2020 г.)	чел.	29 297
21.	Признано безработными (с начала 2020 года)	чел.	9 107
22	Численность безработных, состоящих на учете в течение периода	чел.	22 970
23	Численность безработных граждан, снятых с регистрационного учета, всего	чел.	7 931
23.1	в том числе в связи с: признанием граждан занятыми по основаниям, предусмотренными ст.2 Закона РФ «О занятости населения в РФ»	чел.	3 362
23.1.1	из них в связи с: трудоустройством	чел.	2 468
23.1.2	профобучением или получением доп. профобразования	чел.	893
23.2.	назначением пенсии	чел.	175
23.2.1	из них досрочно по предложению службы занятости	чел.	12
24	Состоит на учете безработных (на конец марта 2020 г.)	чел.	15 110
25	Уровень регистрируемой безработицы (от численности рабочей силы в среднем за 2019 г.) на конец марта 2020 г.	%	0,49
26	Напряженность на рынке труда (численность незанятых граждан, зарегистрированных в службе занятости, в расчете на одну вакансию), на конец марта 2020 г.	чел./в ак.	0,79
27.	Средний размер пособия по безработице (за март 2020 г.)	руб.	7 456,04

*) по последним опубликованным данным Росстата и Петростата.