

На правах рукописи

Артымук Владимир Анатольевич

**ПУБЛИЧНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО
КОНТРОЛЯ ЗА РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В РОССИИ**

5.1.2. Публично-правовые (государственно-правовые) науки

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата юридических наук

Москва — 2026

Диссертация выполнена на базе кафедры административного и финансового права юридического института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Научный руководитель:

Мустафина-Бредихина Диана Мядхатовна
кандидат юридических наук, доцент кафедры административного и финансового права юридического института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Официальные оппоненты:

Мартынов Алексей Владимирович
доктор юридических наук, профессор, заведующий кафедрой административного и финансового права юридического факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского"

Малышева Анастасия Андреевна
кандидат юридических наук, доцент кафедры финансового, банковского и таможенного права имени профессора Нины Ивановны Химичевой Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Саратовская государственная юридическая академия"

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)»

Защита состоится «03» июня 2026 года в 12:00 на заседании диссертационного совета ПДС 0900.008 Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале УНИБЦ (Научная библиотека) РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6) и на сайте РУДН: <https://www.rudn.ru/science/dissovet>.

Автореферат разослан «__» апреля 2026 года.

Ученый секретарь диссертационного совета ПДС 0900.008
кандидат юридических наук

Е.В. Муратова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Здоровье населения является предпосылкой социального благополучия и эффективного экономического функционирования государства, а здравоохранение – один из ключевых вопросов национальной безопасности страны¹. Стратегический курс, закрепленный в Стратегии национальной безопасности РФ 2021 года, акцентирует внимание на формирование системных условий для улучшения здоровья населения. Документ предписывает осуществление комплекса мер, гарантирующих полную и повсеместную реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи^{2,3}.

Обеспечение населения доступной медицинской помощью является важнейшей задачей любого государства, независимо от уровня ее экономического развития и выбранной модели системы здравоохранения. В свою очередь, финансирование системы здравоохранения является одним из ключевых факторов, определяющим качество оказания медицинской помощи и уровень здоровья населения. При этом государство отвечает за здоровье нации, отраслевое министерство – за формирование и результаты деятельности системы здравоохранения, обеспечение надлежащего нормативно-правового регулирования, а иные федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ, иные субъекты правоотношений в сфере охраны здоровья граждан – за создание соответствующих условий по обеспечению доступности и качества медицинских услуг. Особая роль при этом принадлежит вопросам совершенствования системы финансирования отрасли здравоохранения и, как следствие, надлежащего контроля за расходованием выделенных средств⁴. Одной из основных проблем здравоохранения в России по-прежнему остается финансирование по остаточному принципу, а в ситуации объективного дефицита ресурсов наиболее приоритетным направлением деятельности государства должно быть повышение эффективности системы здравоохранения⁵. Осуществление этой задачи невозможно без проведения исследований в области правовых основ контроля за системой здравоохранения в целом, за ее надлежащим финансированием и расходованием выделяемых средств - в частности. В последние годы научные исследования административно-правовых и институциональных аспектов государственного контроля в сфере

¹ Улумбекова Г. Э. Предложения по реформе здравоохранения РФ после завершения пика пандемии COVID-19 // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. № 2. С. 9-26.

² О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации : Указ Президента Российской Федерации от 2 июля 2021 г. № 400 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2021. № 27 (Часть II). Ст. 5351.

³ Артымук В. А., Мустафина-Бредихина Д. М. Трансформация реализации принципов охраны здоровья граждан в Российской Федерации: организационный и финансово-правовой аспект // Закон и право. 2023. № 11. С. 46-54.

⁴ Колесник В. И. Развитие принципов финансирования отрасли здравоохранения в Российской Федерации и в некоторых странах мира // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. 2019. № 2(47). С. 12-17.

⁵ Вареник А. В., Пенькова Н. В., Ильина Е. Г. Исследование организации процессов финансирования системы здравоохранения Курской области // Молодой ученый. 2015. № 9(89). С. 550-552.

здравоохранения осуществлялись по двум основным направлениям: безопасность медицинской деятельности и качество оказания медицинской помощи⁶, что, безусловно, является важным в контексте развития сферы охраны здоровья в нашей стране, однако очевидно, что его развитию способствует не только надлежащее финансирование системы здравоохранения, но и надлежащий контроль. Финансовая модель обязательного медицинского страхования (ОМС) обуславливает сложность и многогранность механизмов государственного контроля в данной области. Правовое регулирование этого процесса представляет значительный научный и практический интерес, поскольку субъектный состав контролирующих органов не ограничивается государственным аппаратом, а включает в себя разнородный набор организаций, с делегированными государством публичными функциями.

С научной точки зрения, выявление эффективных механизмов оптимизации системы контроля за расходованием средств ОМС, с одной стороны, позволит обеспечить надлежащую защиту хозяйствующих субъектов – участников системы ОМС - от чрезмерного вмешательства в их деятельность, с другой – предоставит возможность определить особенности децентрализованных видов государственного контроля, специфику субъектного состава, принципы установления обязательных требований.

Степень разработанности темы исследования. Несмотря на то что вопросы административно-правового регулирования в сфере охраны здоровья, включая механизмы государственного контроля в ее различных сегментах, находились в поле зрения отечественных правоведов, такая специфическая область, как контроль за расходованием финансовых средств в системе ОМС, остается недостаточно изученной.

Однако отметим отдельные работы ученых-юристов, которые внесли значительный вклад в исследование системы ОМС. Так, вопросы финансово-правового регулирования деятельности субъектов ОМС рассматривались в диссертационном исследовании Малышевой А.А., административно-правовому регулированию в сфере здравоохранения в целом посвящено исследование Шилюк Т.О. Исторический аспект развития системы обязательного медицинского страхования в России исследовался Резниченко С.Г. Становление, функционирование и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России исследовано в работе Антоновой Н.Л., особенности государственного контроля обязательных требований, предъявляемых к качеству медицинской деятельности в целом, изучались в исследовании Мустафиной-Бредихиной Д.М., нормативно-правовому регулированию системы ОМС и разграничению полномочий органов управления в этой сфере посвящено исследование А.В. Свидерского. О.А. Ногина в своих трудах проанализировала место и функции государственных

⁶ Куреев В. В., Лубский Р. А., Працко Г. С. Административно-правовые и институциональные аспекты государственного контроля в сфере здравоохранения // Философия права. 2022. № 4(103). С. 75-80.

внебюджетных фондов в структуре бюджетной системы Российской Федерации (РФ). Финансово-правовое регулирование обязательного аудита в РФ стало предметом научного интереса Л.Л. Арзумановой. В.Г. Климин исследовал в своей работе теорию и методологию финансово-страхового механизма здравоохранения. Необходимо отметить, что основные исследования в этой области проводились с акцентом на финансово-правовом характере возникающих в этой сфере правоотношений.

В трудах М.И. Марьина, В.А. Гречишникова, З.И. Корякина, Н.И. Жукова и Л.А. Кулий предметом исследования явилась ответственность медицинских организаций за ненадлежащее расходование бюджетных средств, которая стала основой для исследования, изложенного во второй его половине.

Международная практика государственного финансирования здравоохранения и контроля за расходованием бюджетных средств исследована в трудах И.В. Саноцкой, Н.А. Шведовой, В.В. Омеляновского, В.Ю. Дудник, С.В. Шишкина, чей взгляд на проблематику нашел отражение в осмыслении зарубежных моделей страхования в сфере здравоохранения.

Однако следует отметить, что цели и достигнутые результаты вышеуказанных исследований не фокусировались непосредственно на изучении специфики государственного контроля за надлежащим расходованием средств обязательного медицинского страхования. В указанных работах не сопоставлялись основы правового регулирования государственного контроля (надзора) в целом, соотнесение этих основ с контролем (аудитом), осуществляемым в исследуемой сфере, не осмысливались вопросы административно-процессуального регулирования контрольно-надзорных мероприятий и разрешения возникающих административных споров между субъектами обязательного медицинского страхования.

Цели и задачи исследования. Цель работы заключается в том, чтобы на основе комплексного научного анализа положений законодательства и сложившейся современной национальной и зарубежной практики выявить особенности государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования и предложить научно обоснованные рекомендации по совершенствованию правового регулирования такого государственного контроля на основе теоретических знаний и практического опыта с учетом оптимизации расходов государства и повышения качества оказываемой населению медицинской помощи.

Для реализации указанной цели был выполнен комплекс взаимосвязанных задач, среди которых можно выделить следующие:

1. Проанализировать юридическую сущность и определить правовую природу государственного контроля за целевым и рациональным использованием финансовых ресурсов системы ОМС.

2. Проследить историческую эволюцию модели обязательного медицинского страхования в России, проведя сравнительный анализ ее эффективности, структурных особенностей и проблемных зон в условиях советской плановой экономики и в период становления рыночных отношений (1990-е - начало 2000-х гг.).

3. Изучить порядок организации системы обязательного медицинского страхования в зарубежных странах, выделить в этих странах субъекты контроля за расходованием средств ОМС и сравнить с субъектным составом субъектов контроля в РФ.

4. Выделить обязательные требования как предмет государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования.

5. Установить специфику административно-процессуального регулирования проведения контрольно-надзорных мероприятий, проводимых субъектами государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования.

6. Проанализировать административные процедуры в системе контрольно-надзорной деятельности страховых медицинских организаций на предмет избыточности и соответствия принципам эффективного регулирования.

7. Установить правовую природу споров, возникающих из контрольно-надзорной деятельности субъектов государственного контроля за расходованием средств ОМС.

8. Выявить недостатки в порядке разрешения административных споров, вытекающих из контрольно-надзорной деятельности субъектов государственного контроля за расходованием средств ОМС, и предложить пути решения выявленных проблем.

Методологическую основу исследования составляют следующие философские, общенаучные и частнонаучные методы. В работе использовался диалектический метод, который обеспечил объективное и комплексное изучение природы государственного контроля в РФ. Его применение дало возможность провести детальную классификацию видов контроля и проанализировать систему противоречий, характерных для каждого из них. Указанный метод применялся при исследовании и противопоставлении таких понятий, как «контроль», «надзор», «аудит». Использовался герменевтический метод, выраженный в толковании и интерпретации научных исследований, посвященных правовому регулированию системы ОМС как основы социальных гарантий, предоставляемых гражданам в сфере охраны здоровья. Эклектический метод исследования применялся для приведения к общему знаменателю теории государственного контроля в административном праве и теории финансового права в финансовом праве.

Общенаучные методы применялись в следующем: метод дедукции позволил из общего исследования правовой природы государственного контроля выявить особенности непосредственно контроля за расходованием средств ОМС; методом индукции исследовалась

правовая природа государственного контроля, его субъектный состав, обязательные требования как объект контроля; метод анализа применялся при изучении судебной практики по административным спорам, вытекающим из правоотношений в сфере ОМС; метод синтеза позволил систематизировать все полученные в ходе исследования результаты и представить нижеуказанные положения для защиты.

Системный метод применялся при исследовании государственного контроля (надзора) как комплексной структуры выявления его предметного состава, несовершенства его правового регулирования и формулирования комплексных путей их решения.

Кроме того, был использован эмпирический метод в части исследования судебной практики и выявления системных проблем в сфере государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования.

В ходе исследования также были задействованы специальные частнонаучные методы: 1) формально юридический метод, направленный на анализ правовых норм в сфере государственного контроля за расходованием средств ОМС, их системное толкование с использованием юридической терминологии, а также на разработку рекомендаций по совершенствованию законодательства; 2) сравнительно-правовой метод, позволяющий изучить зарубежные модели систем ОМС и провести их сопоставление с российской правовой практикой; 3) историко-правовой метод, используемый для анализа этапов формирования и развития системы ОМС в РФ.

Объектом диссертационного исследования выступают общественные отношения, складывающиеся в сфере контроля за целевым расходованием средств ОМС, ключевыми субъектами которых выступают органы исполнительной власти, а также организации, наделённые отдельными публично-властными полномочиями.

Предметом диссертационного исследования выступают нормы законодательства РФ, регулирующие общественные отношения в сфере контроля за расходованием средств ОМС.

В настоящем исследовании акцент будет сделан на выделении и изучении соответствующего вида контроля, субъектного состава, порядка установления обязательных требований, процессуального регулирования непосредственно контрольно-надзорных мероприятий, проводимых в отношении медицинских организаций.

Теоретическую основу исследования составили труды ученых в области административно-правового регулирования государственного (в том числе финансового) контроля в сфере здравоохранения. В своем исследовании автор опирался на общую теорию административного права, сформулированную Ю.М. Козловым, Ю.Н. Стариловым, Ю.А. Тихомировым, Л.Л. Поповым, Н.Г. Салищевой и другими учеными-административистами. Концептуальные основы исследования были заложены в трудах А.Б. Зеленцова и А.В.

Мартынова. Их научный вклад позволил сформировать целостное представление об административном процессе как комплексном явлении. Особую ценность представляют разработки указанных авторов в области административно-процессуального регулирования деятельности институтов публичной власти, а также детальный анализ ими специфики административного контрольно-надзорного производства, что оказало определяющее влияние на теоретическую базу настоящей работы. Автор также основывался на теории А.Б. Зеленцова о природе административного спора и порядке его разрешения, что имело важное значение для анализа правовой природы споров, возникающих между субъектами обязательного медицинского страхования. На основе выработанного С.М. Зыряновым подхода к федеральным органам исполнительной власти как субъектам государственного надзора автор определил двуступенчатую структуру органов государственного контроля в исследуемой сфере. Автор также принял за основу доктринальный подход А.Н. Козырина и Е.Ю. Грачевой к правовой природе финансового контроля, что также позволило выделить самостоятельный вид государственного контроля и его дуалистичный характер во взаимосвязи с теорией административного права о государственном контроле (надзоре).

Нормативно-правовую основу исследования формируют положения российского законодательства, регулирующие финансовый контроль в сфере ОМС. К ним относятся нормы Конституции РФ, профильные федеральные законы, а также комплекс подзаконных актов, конкретизирующих порядок использования средств ОМС.

Эмпирическую базу исследования составили отчеты об итогах работы фондов обязательного медицинского страхования, отчеты о работе Счетной палаты РФ в 2020-2023 гг., отчеты о работе непосредственно направления аудита здравоохранения и спорта Счетной палаты Российской Федерации в 2020-2024 гг., заключение Счетной палаты РФ на проект федерального закона «О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (основные положения), акты Конституционного Суда РФ, судебные решения арбитражных судов.

Научная новизна диссертационной работы состоит в том, что она представляет собой содержащее элементы научной новизны исследование, посвященное выявлению особенностей государственного контроля за расходованием средств ОМС. Систематизированы субъекты такого контроля во взаимосвязи с положениями как законодательства об ОМС, так и с бюджетным законодательством, обоснована дуалистическая природа исследуемого вида контроля, которая тесно взаимосвязана не только непосредственно с механизмом выделения средств ОМС, их расходованием, но и с особенностями контроля за их расходованием, которое, по нашему мнению, не может быть в полной мере отнесено непосредственно к финансовым

правоотношениям. Также исследованы административно-процессуальные особенности осуществления исследуемого вида государственного контроля.

В результате проведенного исследования предлагается обозначить следующие **положения, выносимые на защиту**:

1. Выявлен и разработан новый вид государственного контроля расходов средств в области ОМС, представляющий собой самостоятельный и обособленный механизм децентрализованного управления, который определен следующим образом: «государственный контроль за расходованием средств ОМС – это осуществляемый уполномоченными органами государственной власти, организациями, наделенными отдельными государственными контрольно-надзорными полномочиями, обособленный децентрализованный вид государственного контроля и надзора в сфере ОМС, направленный на предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований, предъявляемых к целевому и эффективному расходованию средств ОМС, восстановлению нарушенных прав и законных интересов граждан и организаций в сфере ОМС».

2. На основе исторически различного правового регулирования предложено возвратиться к ранее существовавшему единому правовому регулированию медицинского страхования в РФ, которое должно определить, что единственным принципиальным отличием добровольного и обязательного медицинского страхования должен быть источник финансирования медицинской помощи с учетом конституционно закрепленного права человека на охрану здоровья, реализация которого должна осуществляться в том числе за счет надлежащего контроля. Указанное может быть достигнуто за счет разработки единого нормативного правового акта, который определит принципы медицинского страхования, понятийно-категориальный аппарат, единые подходы к заключению договоров и в особенности к оценке качества медицинской помощи и расходованию полученных средств.

3. Выделена и определена дуалистическая, двуступенчатая природа субъектного состава государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования, который выражается в следующем: на первой ступени находятся субъекты, осуществляющие внутренний и внешний финансовый контроль (Федеральное казначейство, Счетная палата РФ, счетные палаты субъектов), на второй – непосредственно ФОМС, территориальные фонды и страховые медицинские организации. Выделение субъектного состава позволило установить, что отдельные государственные (в данном случае контрольно-надзорные) полномочия могут быть делегированы коммерческим организациям.

4. Обосновано авторское видение определения «Обязательные требования к целевому расходованию средств ОМС», под которым понимаются адресованные юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, имеющим статус фондов обязательного

медицинского страхования (ФОМС), страховой медицинской организации (СМО) или медицинской организации, императивные предписания, содержащиеся в нормативных правовых актах, публичных договорах об обязательном медицинском страховании, а также иных документах, принимаемых организациями, уполномоченными федеральным органом исполнительной власти (Минздравом России).

5. Предложено включить в механизм формирования территориальной программы ОМС общественный контроль в форме общественного обсуждения, которое позволит в большей степени информировать население о порядке формирования этой программы, причинах включения того или иного вида медицинской помощи, как следствие, способствовать повышению правосознания людей и реализации конституционного принципа участия граждан в управлении государством. Общественное обсуждение предложено проводить в электронной форме одновременно с обсуждением проекта бюджета соответствующего субъекта на следующий календарный год.

6. Предлагается в целях снижения дополнительных административных барьеров изъять у СМО право на принятие решения об оплате оказанной медицинской помощи медицинским организациям, на применение штрафных санкций, уменьшение оплаты за оказанную медицинскую помощь по результатам государственного контроля за расходованием средств ОМС; сохранить СМО полномочия по экспертизе качества медицинской помощи по единым стандартам (в настоящее время механизм проведения экспертизы зависит от источника ее финансирования), однако решения об оплате, о применении или неприменении санкций должны приниматься фондом соответствующего уровня, что будет способствовать повышению объективности при наложении на медицинские организации штрафных санкций.

7. В рамках оптимизации контрольно-надзорной деятельности предлагается закрепить за страховыми медицинскими организациями обязанность передавать информацию о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи по ОМС в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, что исключит повторную проверку со стороны контрольно-надзорных органов по одним и тем же основаниям. В случае принятия решения территориальным или федеральным фондом ОМС о наложении штрафных санкций предложено исключить возможность применения административно-пресекательных мер контрольно-надзорными органами по тем же основаниям.

8. В целях оптимизации системы штрафных санкций к медицинским организациям по итогам контрольно-надзорных мероприятий в рамках исследуемого вида государственного контроля предлагается разработать методологию снижения размера штрафных санкций, в которую могут быть включены условия: тяжелое финансовое положение медицинской организации (наличие кредиторской задолженности), отсутствие иных источников

финансирования (либо их крайне низкий уровень), добровольное сообщение о нецелевом расходовании средств ОМС.

9. Определено, что административный спор, возникающий между медицинскими организациями и территориальными фондами, ФОМС, страховыми медицинскими организациями, носит публично-правовой характер, поскольку непосредственно связан с обеспечением высшей ценности – жизни и здоровья человека, общества в целом - и вытекает из правоотношений, регулирующих распределение публичных финансов, аккумулированных фондами ОМС через механизм заключения договоров. Смешанная природа выявленных административных споров указывает на необходимость определения механизма их разрешения с учетом смещения акцента на понимание здоровья человека не только как личного, но и публичного блага, сохранение которого – стратегическая задача государства.

Теоретическая значимость работы заключается в разработке и систематизации научных положений, вносящих существенный вклад в развитие отечественной доктрины административного права. Проведенное исследование позволяет углубить теоретические представления о природе и содержании административно-правового и процессуального регулирования в сфере государственного контроля и надзора. В частности, диссертация предлагает новую концептуальную модель понимания механизмов обеспечения рационального расходования средств в системе ОМС, интегрируя и развивая существующие теоретические конструкции финансового контроля в рамках административно-правового поля. Выделен обособленный децентрализованный вид контроля с дуалистической природой правового регулирования, предложен предметно-субъектный состав. Полученные результаты исследования могут быть использованы для дальнейшего научного осмысления иных децентрализованных видов контроля. Также выявлена административная природа спора, возникающего между страховыми и медицинскими организациями. Сформулированные положения также развивают теорию о публичных финансах и финансовом контроле в части развития понятийно-категориального аппарата, определения правового статуса субъектов системы обязательного медицинского страхования. Результаты работы подтверждают сложившуюся позицию о целесообразности проведения междисциплинарных исследований в науке.

Практическая значимость диссертационного исследования заключается в предложениях, основанных на научном подходе, направленных на улучшение правовой базы в сфере управления средствами ОМС в РФ. Это позволит оптимизировать контрольные мероприятия и обеспечить соблюдение правовых норм не только исполнительными органами государства, но и ФОМС, страховыми организациями, занимающимися медицинским страхованием, а также снизить излишнее вмешательство указанных структур в работу учреждений здравоохранения, использующих средства ОМС. Полученные в ходе исследования

выводы обладают значительным практическим потенциалом и могут быть положены в основу комплексной модернизации текущей системы управления и организационной архитектуры федеральных органов исполнительной власти. Материалы исследования представляют особый интерес для ключевых государственных институтов, ответственных за формирование политики в социальной сфере. В частности, они могут быть востребованы Государственной Думой РФ при подготовке и совершенствовании законодательной базы, регулирующей вопросы финансирования и организации здравоохранения, а также при парламентском контроле за исполнением соответствующих федеральных законов; Правительством РФ для разработки и корректировки стратегических программ развития здравоохранения, оптимизации механизмов межведомственного взаимодействия и распределения бюджетных средств; МЗ РФ в рамках реализации ведомственных инициатив, направленных на повышение эффективности использования ресурсов, внедрение современных моделей финансирования медицинской помощи и улучшение качества предоставляемых услуг; Росздравнадзором — для усиления контрольно-надзорной деятельности, разработки более точных и объективных критериев оценки эффективности расходования финансовых средств в подведомственных учреждениях и формирования риск-ориентированного подхода. Реализация предложенных мер будет способствовать созданию более прозрачной, гибкой и результативной системы финансирования отечественного здравоохранения, что в конечном итоге позитивно отразится на его доступности и качестве для граждан.

Научные результаты исследования могут применяться в образовательном процессе вузов по следующим направлениям подготовки: «Административное право», «Административно-процессуальное право», «Финансовое право», «Финансово-правовые аспекты медицинской и фармацевтической деятельности».

Степень достоверности результатов исследования. Настоящее исследование базируется на устоявшейся методологической базе и подтвержденных научных данных, интегрируя в себе современные достижения юридической науки. Обоснованность полученных выводов и разработанных рекомендаций обеспечивается за счет применения комплексного многоуровневого подхода, который включает:

1. Всесторонний анализ научной литературы. Были изучены и критически осмыслены фундаментальные и современные труды в сфере теории государства и права, административного, административно-процессуального и финансового права, что позволило сформировать прочную теоретическую основу работы.

2. Применение системы взаимодополняющих методов. Исследование проведено с использованием

- философских методов (диалектического, герменевтического), обеспечивающих глубину и всесторонность анализа правовых явлений;

- общенаучных методов (системного анализа), позволивших рассмотреть объект исследования как целостный комплекс взаимосвязанных элементов;

- специальных юридических методов (формально-юридического и сравнительно-правового), направленных на детальное изучение правовых норм и выявление лучших законодательных практик;

3. Эмпирическая верификация. Для подтверждения теоретических положений был проведен скрупулезный анализ официальных данных, включая

- отчетные документы Фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС);

- материалы контрольно-ревизионной деятельности Счетной палаты РФ, в частности, отчеты профильного направления по аудиту в сфере здравоохранения и спорта;

- аналитику ФОМС в контексте реализации им контрольно-надзорных функций.

4. Изучение правоприменительной практики. Анализ массива судебных решений выявил системные пробелы и коллизии в правовом регулировании отношений, возникающих в процессе государственного контроля за целевым расходованием средств системы ОМС, что подтвердило актуальность и практическую значимость исследования.

Апробация и внедрение результатов исследования. Диссертация подготовлена на кафедре административного и финансового права Российского государственного университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы. Основные положения работы были доложены на общероссийской научно-практической конференции «Адвокатура в системе институтов гражданского общества России» (г. Москва, 24 января 2019г), на IV общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии. Весенние чтения» (г. Москва, 14-16 марта 2019г), 23-й Международной научно-практической конференции «Доказанное и сомнительное в акушерстве и гинекологии» (г. Кемерово, 17 -20 апреля 2019г), IV Международном конгрессе «Новые технологии в акушерстве, гинекологии и репродуктивной медицине» (г. Новосибирск, 24 -27 апреля 2019г), XII Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии (г. Сочи, 7 - 10 сентября 2019г), Межвузовской научной конференции «Актуальные проблемы административного, финансового и информационного права в России и за рубежом» (Москва, 24 марта 2023г), научно-практической конференции с международным участием «Байкальские семинары по репродуктивной медицине», посвященной 300-летию РАН (г. Иркутск, 30 июня - 1 июля 2023г); XIV Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии (г. Сочи, 8 - 11 сентября 2023г). Основные положения работы опубликованы в 11 публикациях, в том числе 5 - в журналах, рекомендованных ВАК РФ и РУДН, 3 главы в руководствах.

Структура диссертационного исследования. Диссертационное исследование состоит из введения, трёх глав, включающих шесть параграфов, заключения, списка сокращений и списка литературы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность темы диссертации, характеризуется степень ее научной разработанности, определяются цели и задачи исследования, даётся характеристика объекта и предмета, методологической основы, теоретической, правовой и эмпирической базы проведённого исследования, определяется научная новизна данного исследования, формулируются основные положения, выносимые на защиту, теоретическая и практическая значимость исследования, приводятся данные об апробации полученных результатов диссертационного исследования.

Первая глава «Теоретические основы правового регулирования государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования в государственной системе здравоохранения» состоит из двух параграфов.

В первом параграфе первой главы «Правовая природа государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования» рассматривается законодательная база, регламентирующая в настоящее время государственный контроль и надзор в сфере ОМС в РФ.

Основополагающим законодательным актом, закрепляющим порядок осуществления государственного контроля над средствами ОМС в РФ, является Федеральный закон от 31.07.2020 N 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»⁷ (далее – федеральный закон № 248-ФЗ), пришедший на замену постепенно утрачивающему силу Федеральному закону от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»⁸. В соответствии с Федеральным законом № 248-ФЗ под государственным контролем (надзором) в РФ (далее - государственный контроль (надзор)) понимается «деятельность контрольных (надзорных) органов, направленная на предупреждение, выявление и пресечение нарушений обязательных требований, осуществляемая в пределах полномочий указанных органов посредством профилактики нарушений обязательных требований, оценки соблюдения гражданами и организациями обязательных требований, выявления их нарушений, принятия предусмотренных законодательством РФ мер по пресечению выявленных нарушений обязательных требований, устранению их последствий и (или) восстановлению правового положения, существовавшего до

⁷ О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации : федер. закон от 31 июля 2020 г. № 248-ФЗ : принят Гос. Думой 22 июля 2020 г. : одобр. Советом Федерации 24 июля 2020 г. : ред. от 28.12.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

⁸ О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля : федер. закон от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ : принят Гос. Думой 19 декабря 2008 г. : одобр. Советом Федерации 22 декабря 2008 г. : ред. от 26.12.2024 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

возникновения таких нарушений». Таким образом, можно отметить, что законодатель в качестве основных задач государственного контроля (надзора) поставил профилактику нарушения обязательных требований, установление которых также теперь регламентируется отдельным федеральным законом от 31.07.2020 N 247-ФЗ "Об обязательных требованиях в Российской Федерации"⁹.

Подзаконный нормативный правовой акт - указ Президента от 09 марта 2004 г. № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти»¹⁰ (далее – Указ Президента РФ № 314), в котором использована такая специальная категория как «функция по контролю и надзору», не отождествляет контроль и надзор, выделенный в федеральном законе через скобки, а определяет их как две, по сути, самостоятельные функции федеральных органов исполнительной власти.

Предложено авторское определение «расходование (использование) средств ОМС» как расходование (использование) средств внебюджетных фондов (ФОМС и ТФОМС) участниками программы ОМС в определенных законодательством целях, полученных за оказанную застрахованным лицам медицинскую помощь надлежащего качества, подтвержденного результатами контрольно-надзорных мероприятий. Показано, что фонды также являются участниками ОМС в соответствии со ст. 9 Федерального закона № 326-ФЗ, деятельность которых подлежит контролю со стороны государства, однако указанный контроль также находится во взаимосвязи с конечными получателями медицинских услуг.

Несмотря на большой пул законодательства о контроле (государственном контроле, аудите), законодатель однозначно не разделяет и не классифицирует эти понятия в сфере ОМС, поэтому существующий подход не может считаться гармонизированным и систематизированным. Законодатель не обеспечил единый понятийно-категориальный аппарат, «раздробил» полномочия между многими субъектами, в связи с чем предлагается выделить и обозначить децентрализованный вид государственного контроля за расходованием средств ОМС и определить его следующим образом.

Государственный контроль за расходованием средств ОМС – это осуществляемый уполномоченными органами государственной власти, организациями, наделенными отдельными государственными контрольно-надзорными полномочиями, обособленный децентрализованный вид государственного контроля и надзора в сфере ОМС, направленный на предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований, предъявляемых к целевому и эффективному

⁹ Об обязательных требованиях в Российской Федерации : федер. закон от 31 июля 2020 г. № 247-ФЗ : принят Гос. Думой 22 июля 2020 г. : одобр. Советом Федерации 24 июля 2020 г. : ред. от 28.02.2025 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.09.2025).

¹⁰ См.: Указ Президента РФ от 09.03.2004 № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти»// СЗ РФ. № 11. 2004, ст. 945

расходованию средств обязательного медицинского страхования, восстановлению нарушенных прав и законных интересов граждан и организаций в сфере обязательного медицинского страхования. К указанному виду государственного контроля не применяется Федеральный закон от 31.07.2020 г. № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации».

Во втором параграфе первой главы «Эволюция административно-правового регулирования системы обязательного медицинского страхования» в историческом аспекте показано развитие системы ОМС в России. Продемонстрировано, что система ОМС развивалась неравномерно и находилась в прямой взаимосвязи с политическим устройством страны. В различные периоды доля взносов со стороны застрахованных лиц варьировалась от нулевых значений до нескольких процентов от заработной платы. Кроме того, выявился концептуально разный подход к правовому регулированию ОМС и ДМС, в основе которого лежит непосредственно оказание медицинской помощи, а источник финансирования при этом не должен влиять на качество ее оказания и механизм контроля. В связи с этим предложено вернуться к единому правовому регулированию медицинского страхования как механизма обеспечения граждан медицинской помощью, сформировать единые принципы страхования, унифицировать понятийно-категориальный аппарат и т.д. Общеизвестно, что целевое расходование средств ОМС находится под пристальным вниманием государства в то время, как система ДМС, по сути, находится вне поля зрения контрольно-надзорных органов, поскольку ДМС рассматривается исключительно как предпринимательская деятельность медицинских организаций, которые вправе расходовать указанные средства по своему усмотрению. Кроме того, оценка качества медицинской помощи, оказанной по ДМС, осуществляется страховыми компаниями самостоятельно, на основе собственных правил. Показано, что это ведет к дискриминационному подходу, как к оценке качества медицинской помощи, так и к контролю за расходованием медицинскими организациями средств, полученных по ОМС и ДМС. Таким образом, предлагается возвратиться к ранее существовавшему единому правовому регулированию медицинского страхования в Российской Федерации, которое должно определить, что единственным принципиальным отличием ДМС и ОМС должен быть источник финансирования медицинской помощи, с учетом конституционно закрепленного права человека на охрану здоровья, реализация которого должна осуществляться, в том числе за счет надлежащего контроля. Указанное может быть достигнуто за счет разработки единого нормативного правового акта, который определит принципы медицинского страхования, понятийно-категориальный аппарат, единые подходы к заключению договоров и в особенности к оценке качества медицинской помощи и расходованию полученных средств.

Вторая глава «Субъектный состав и предмет государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования» состоит из двух параграфов.

В первом параграфе второй главы «Субъекты государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования» представлен анализ нормативно-правовой базы и данных литературы, посвященных вопросам государственного контроля за расходованием средств ОМС (или систем, сходных с ОМС) в РФ и ряде других стран.

В соответствии с п. 5 ст. 6 Федерального закона № 326-ФЗ контроль за использованием средств ОМС на территориях субъектов РФ, в том числе проведение проверок и ревизий является полномочиями РФ, переданными для осуществления органами государственной власти субъектов РФ. В свою очередь ч. 4 ст. 6 устанавливает, что «контроль за использованием средств ОМС, обеспечивающих осуществление переданных полномочий, проводится ФОМС, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой РФ. При этом следует отметить одну особенность: ст. 7 вышеуказанного Федерального закона устанавливает контрольно-надзорные полномочия также за МЗ РФ.

ОМС систематически используется в различных странах мира для обеспечения граждан доступной медицинской помощью. Несмотря на то что подходы к его реализации могут различаться в зависимости от экономического, политического и социального устройства той или иной страны, суть системы остается примерно одинаковой: граждане (или работодатели) обязаны уплачивать взносы в специальный государственный или полуавтономный страховой фонд, который покрывает расходы на медицинское обслуживание. В мире не существует идеальной системы здравоохранения, которая предоставляла бы медицинские услуги в неограниченном объеме без страховых взносов, вычетов или долевого участия пациента. Рассмотрены субъекты контроля в системе ОМС (или сходной с ОМС) за расходованием средств в ряде зарубежных стран (Германии, Франции, Великобритании, США, Канаде), показаны их преимущества и недостатки.

Система здравоохранения Германии по праву входит в число мировых лидеров, что подтверждается её ключевыми характеристиками: всеобщим охватом населения, широкой доступностью медицинских услуг и развитой инфраструктурой медучреждений. Основу немецкой медицины составляет социально-страховая модель, в рамках которой расходы на медицинское обслуживание и поддержание здоровья рассматриваются как инвестиции в человеческий капитал, что обеспечивает высокий уровень защиты здоровья граждан и способствует долгосрочному социально-экономическому развитию страны. Немецкая модель здравоохранения функционирует на принципах саморегуляции и отличается сложной,

многоуровневой архитектурой управления, в основе управления лежит принцип subsidiarity. Ключевой особенностью системы является её децентрализованный характер, при котором полномочия и ответственность распределены между широким кругом субъектов, что позволяет гибко адаптироваться к региональным особенностям и потребностям населения. В большинстве своем финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет государственных ресурсов, при этом контроль за расходованием средств ОМС осуществляется в зависимости от источника ее финансирования, что очень схоже с системой РФ.

Система здравоохранения во Франции считается системой социального страхования, которая исторически играет более сильную роль в государстве, чем другие бисмарковские системы. Государственное финансирование расходов на здравоохранение во Франции является одним из самых высоких в Европе, а личные расходы – одними из самых низких. Государственное страхование в этой стране является обязательным и охватывает коренное население; оно финансируется за счет взносов работников и работодателей, а также все чаще - за счет налогообложения. Дополнительное страхование играет важную роль в обеспечении равного доступа к медицинской помощи.

В Великобритании сохраняется традиционная государственная модель финансирования здравоохранения с прозрачным бюджетом и четкими правовыми механизмами регуляции и контроля распределения бюджетных средств. Однако в последние годы данная система уже не обеспечивает возрастающие потребности населения в медицинской помощи, что требует разработки принципиально новой модели с соответственно принципиально другим нормативно-правовым сопровождением.

Системы ОМС в Великобритании и Германии имеют следующие отличия: финансирование системы здравоохранения в Великобритании осуществляется за счет налогов, а не страховых взносов; отсутствует конкуренция между страховыми организациями; оказание медицинской помощи осуществляется независимо от каких-либо условий. Но также можно отметить недостатки, которые с учетом видимого отсутствия нагрузки на граждан всё же имеют место: недофинансирование (с учетом старения населения нагрузка на налоговую систему только возрастает); длительный срок ожидания медицинской помощи; нехватка медицинского персонала (эта проблема является повсеместной и не находится во взаимосвязи с системой финансирования медицинской помощи).

Система государственного контроля за системой здравоохранения в Великобритании осуществляется несколькими субъектам: Министерством здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Social Care, DHSC), региональными фондами (NHS England и NHS Improvement), комиссией по качеству медицинской помощи (Care Quality Commission, CQC), Национальным институтом здоровья и качества медицинской помощи

(National Institute for Health and Care Excellence, NICE), системой внутреннего контроля (NHS Trusts) и клиническими комиссиями (CCGs), Королевскими медицинскими коллегиями (Royal Colleges).

Система медицинского страхования в США представляет собой сложный гибрид частного и государственного финансирования, при этом на федеральном уровне отсутствует универсальная система ОМС. Вместо этого реализуется сегментированный подход, ориентированный на конкретные категории населения.

Канада обладает уникальной системой медицинского страхования, однако кардинально отличается подходом к организации доступности медицинских услуг. В отличие от американской модели с доминированием частного страхования, Канада реализовала концепцию универсального здравоохранения (Universal Healthcare), гарантирующего всем гражданам и постоянным резидентам доступ к базовым медицинским услугам. Эта система, финансируемая преимущественно через налоговые механизмы и бюджетные трансферты, представляет собой компромисс между социальными гарантиями и экономической эффективностью. Правовой основой канадской системы здравоохранения выступает федеральный Canada Health Act (1984), который устанавливает фундаментальные принципы оказания медицинской помощи: всеобщность охвата, доступность услуг, полноту покрытия, включение всех необходимых медицинских услуг, сохранение права на медицинское обслуживание при смене провинции, публичное администрирование. Несмотря на продуманную законодательную базу и социальную ориентированность, канадская модель сталкивается с системными вызовами: ограниченность страхового покрытия, проблема длительного ожидания и региональные диспропорции. Существует значительная неравномерность в доступности и качестве медицинских услуг между провинциями, а также между урбанизированными и удаленными регионами. Географическая удаленность многих населенных пунктов создает дополнительные логистические проблемы для организации медицинской помощи. Несмотря на эти вызовы, канадская система здравоохранения демонстрирует высокую эффективность, занимая ведущие позиции в международных рейтингах.

Проведя анализ систем страховой медицины в зарубежных странах, можно сделать вывод, что идеальной системы по-прежнему не существует. Каждая имеет свои достоинства и недостатки, однако очевидным остается факт, что без финансирования государством обеспечить охват населения медицинской помощи по определению невозможно. Дискуссионным остается вопрос о целесообразности включения в систему страховых фондов, поскольку, например, канадская система успешно функционирует без них, ограничиваясь государственными агентствами в регионах (аналог российских территориальных фондом ОМС).

На основании проведенного анализа можно выделить основные требования к условиям ОМС: подтверждение, что страхованием охвачены все жители региона; отсутствие финансовых

задолженностей за оказанную медицинскую помощь; гарантии обеспечения гражданина медицинской помощью при переезде в другой регион; управление системой медицинского страхования только органами публичной администрации без вмешательства частного сектора.

Во втором параграфе второй главы **«Обязательные требования как предмет государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования»** продемонстрировано, что формирование территориальной программы ОМС объективно требует включения механизма общественного контроля в форме публичных слушаний, которые позволят в большей степени информировать население о порядке формирования этой программы, причинах включения того или иного вида медицинской помощи, как следствие, способствовать повышению правосознания людей и реализации конституционного принципа участия граждан в управлении государством. В данном конкретном случае речь идет о вопросе, имеющем особую общественную значимость и непосредственно затрагивающем права и свободы жителей конкретного субъекта РФ. Показана целесообразность выравнивания состава Комиссии по формированию тарифного соглашения по ОМС в субъектах РФ за счет внесения вышеуказанных изменений в законодательство. Такой паритет представляет собой вторую (помимо общественного обсуждения проектов территориальных программ) из возможных форм общественного контроля и повышает прозрачность системы финансирования здравоохранения. Введение публичных слушаний проектов территориальных программ с обязательным участием представителей ФАС России во взаимосвязи с включением представителей частной системы здравоохранения в комиссию по формированию тарифного соглашения позволит повысить прозрачность системы финансирования ОМС и, как следствие, обеспечить надлежащий контроль за целевым расходованием средств.

Третья глава **«Административно-процессуальное регулирование осуществления государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования»** состоит из двух параграфов.

В первом параграфе третьей главы **«Административно-процессуальное регулирование проведения контрольно-надзорных мероприятий, проводимых субъектами государственного контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования»** доказано, что СМО в настоящее время является, по сути, излишним посредником при осуществлении контрольно-надзорной деятельности, заинтересованным в увеличении числа нарушений в медицинских организациях и экономии средств на оказание медицинской помощи. Институт страховых представителей является неэффективной и затратной надстройкой в контрольно-надзорной части системы ОМС. Поставщики медицинских услуг все чаще недовольны решениями СМО и все чаще обращаются в ФОМС и территориальные фонды, а далее – в суд. Практика по таким делам достаточно многочисленна практически во всех

субъектах РФ и будет представлена в следующих параграфах. Поэтапная передача контрольно-надзорных полномочий страховых медицинских организаций территориальным фондам позволит перенаправить освободившиеся средства, например, на оплату труда медицинским работникам и т.д. В связи с этим предлагается изъять у СМО право на принятие решения об оплате оказанной медицинской помощи, на применение штрафных санкций, уменьшение оплаты за оказанную медицинскую помощь по результатам государственного контроля за расходованием средств ОМС. Представляется разумным сохранить у СМО полномочия по экспертизе качества медицинской помощи, приведя их к единому знаменателю (в настоящее время механизм проведения экспертизы зависит от источника ее финансирования), однако решения об оплате, о применении или неприменении санкций должны приниматься фондом соответствующего уровня, что будет способствовать повышению объективности при наложении на медицинские организации штрафных санкций. В данном конкретном случае можно провести аналогию с судебной системой, где решение принимается судом, а экспертиза проводится специализированным учреждением (экспертом). ФФОМС и ТФОМС сохраняют свои полномочия по проведению экспертиз «в порядке надзора» в случае сомнений в результатах проведенной СМО экспертизы. Общая линия контрольно-надзорной деятельности в нашей стране идет по пути снижения чрезмерного административного давления на хозяйствующие субъекты, в том числе за счет упразднения дублирующих функций, оптимизации административных расходов. ТФОМС и ФФОМС – как центральные субъекты контроля за качеством медицинской помощи, смогут независимо принимать решения о наложении санкций на медицинские организации, а СМО будут единообразно проводить медико-экономический контроль и иные контрольно-надзорные мероприятия. Это решит проблему дублирования функций, в перспективе снизит количество контрольно-надзорных мероприятий, так как результаты экспертиз, направленные в фонды, могут передаваться ими в Росздравнадзор, который учтет их при проведении иного вида контроля – государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, предмет которого во много дублирует предмет контроля за целевым расходованием средств ОМС. В развитие указанного положения и в целях дальнейшего снижения чрезмерного административного давления на хозяйствующие субъекты предлагается закрепить за страховыми медицинскими организациями обязанность передавать информацию о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи по ОМС в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, что исключит повторную проверку со стороны контрольно-надзорных органов по одним и тем же основаниям. В случае принятия решения территориальным или федеральным фондом ОМС о наложении штрафных санкций предложено исключить возможность применения административно-пресекательных мер контрольно-надзорными органами по тем же основаниям.

Второй параграф третьей главы «Порядок разрешения административных споров, вытекающих из контрольно-надзорной деятельности субъектов государственного контроля за расходованием средств ОМС» посвящен исследованию механизмов разрешения административных конфликтов, вытекающих из контрольно-надзорной деятельности уполномоченных государственных органов в отношении целевого использования средств ОМС.

В целях оптимизации системы штрафных санкций к медицинским организациям по итогам контрольно-надзорных мероприятий в рамках исследуемого вида государственного контроля, предлагается разработать методологию снижения размера штрафных санкций, в которую могут быть включены тяжелое финансовое положение медицинской организации, отсутствие иных источников финансирования, добровольное сообщение о нецелевом расходовании средств ОМС. Административный спор, возникающий между медицинскими организациями и территориальными фондами, ФОМС, СМО, носит публично-правовой характер, поскольку непосредственно связан с обеспечением высшей ценности – жизни и здоровья человека, общества в целом - и вытекает из правоотношений, регулирующих распределение публичных финансов, аккумулированных фондами ОМС через механизм заключения договоров. Попытка совместить гражданско-правовую (в части направления претензии) и публично-правовую природу (в части статуса территориальных фондов и СМО в качестве организаций, наделенных публично-правовыми полномочиями) деятельности субъектов ОМС привела к неопределенности в части разрешения возникающих споров. Смешанная природа выявленных административных споров указывает на необходимость определения механизма их разрешения с учетом смещения акцента на понимание здоровья человека как не только личного, но и публичного блага, сохранение которого – стратегическая задача государства. В связи с изложенным предложено разработать единый системный нормативный правовой акт в развитие положений Федерального закона № 326-ФЗ - административный акт, принимаемый Правительством РФ (по аналогии с утверждением ППГ оказания гражданам медицинской помощи в рамках ОМС), о порядке рассмотрения споров, возникающих между субъектами ОМС, который определит административно-процессуальное регулирование рассмотрения спора, виды принимаемых решений, что исключит возможность отказа в обжаловании таких решений в порядке главы 24 АПК РФ. При этом указанный нормативный правовой акт не будет затрагивать внешний и внутренний государственный финансовый контроль, поскольку механизм досудебного обжалования уже закреплен Постановлением Правительства РФ от 17 августа 2020 г. № 1237 «Об утверждении федерального стандарта внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля «Правила досудебного обжалования решений и действий (бездействия) органов внутреннего

государственного (муниципального) финансового контроля и их должностных лиц»¹¹. Выделенный вид административного спора как результат осуществления исследуемого государственного контроля в связи с перегрузкой судебной системы РФ должен быть рассмотрен в рамках внесудебного разрешения.

В **заключении** подводятся итоги проведенного исследования, формулируются основные выводы и предложения по теме диссертации.

1. В первом параграфе проведен анализ понятийно-категориального аппарата, выделена тождественность понятий «нецелевое» и «ненадлежащее» расходование средств ОМС, а также понятий «расходование» и «использование» средств ОМС.

2. Дано авторское определение: расходование (использование) средств ОМС – это расходование (использование) средств внебюджетных фондов (ФОМС и ТФОМС) участниками программы ОМС в определенных законодательством целях, полученных за оказанную застрахованным лицам медицинскую помощь надлежащего качества, подтвержденного результатами контрольно-надзорных мероприятий.

3. В системе государственного контроля был выделен в отдельную, самостоятельную категорию децентрализованный контроль за расходованием средств ОМС, который определен следующим образом: «государственный контроль за расходованием средств ОМС – это осуществляемый уполномоченными органами государственной власти, организациями, наделенными отдельными государственными контрольно-надзорными полномочиями, обособленный децентрализованный вид государственного контроля и надзора в сфере ОМС, направленный на предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований, предъявляемых к целевому и эффективному расходованию средств ОМС, восстановлению нарушенных прав и законных интересов граждан и организаций в сфере ОМС».

4. В п. 2 проведенный историко-правовой анализ эволюции системы ОМС в России позволил выявить ряд ключевых тенденций. Установлено, что институт обязательных страховых взносов не является инновацией новейшего времени: его прототипы обнаруживаются уже в законодательных актах начала XIX века. Революционный период 1917-1918 гг. ознаменовался радикальной трансформацией системы с переходом от частнокапиталистических принципов страхования к государственной социалистической модели. Данная модель, воспринятая обществом как синоним «бесплатной медицины», продемонстрировала свою ограниченную эффективность, что вынудило руководство страны в 1921 году вернуться к элементам страхового

¹¹ Об утверждении федерального стандарта внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля "Правила досудебного обжалования решений и действий (бездействия) органов внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля и их должностных лиц" : постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2020 г. № 1237 : ред. от 21.03.2022 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2020. № 34. Ст. 5464.

механизма финансирования. Дальнейшее развитие в рамках советской «плановой» парадигмы привело к системным дисфункциям в здравоохранении. Ключевыми проблемами стали ориентация на экстенсивные показатели (увеличение коечного фонда и численности медработников) в ущерб качеству медицинских услуг, что привело к кризису системы здравоохранения.

5. Выявлены основные недостатки зарубежных систем ОМС: неполное включение медицинских услуг в систему бесплатной помощи, а также длительное ожидание медицинской помощи. Впрочем, указанные недостатки присущи и российской системе ОМС, однако государство стремится к расширению базовой и территориальных программ ОМС, а также к минимизации ожидания оказания медицинской помощи.

6. Дискуссионный характер вопроса о роли СМО в системе ОМС подчеркивается успешным опытом децентрализованных моделей, подобных канадской. Эффективность канадской системы, основанной на региональных государственных агентствах, обусловлена исторически сложившейся высокой автономией провинций, особенностями структуры фискальных отношений «центр-регион» и развитыми механизмами общественного контроля за деятельностью этих агентств, поэтому прямое заимствование данного опыта без учета институционального контекста представляется методологически некорректным. Ключевым является вопрос не о самом наличии или отсутствии СМО, а об их функциональной заменяемости прозрачными и подотчетными институтами, что ставит перед российской системой ОМС проблему поиска адекватной институциональной формы, а не простого копирования иностранных моделей.

7. Предложено вернуться к единому правовому регулированию медицинского страхования как к механизму обеспечения граждан медицинской помощью независимо от источника финансирования, в связи с чем целесообразно разработать единый нормативный правовой акт, регулирующий медицинское страхование в целом – и обязательное, и добровольное.

8. Современная система ОМС в РФ демонстрирует низкую эффективность на этапе доведения финансовых ресурсов до конечных провайдеров медицинских услуг. Многоуровневая система распределения средств обуславливает их значительные потери на пути к медицинским организациям, снижая объем реального финансирования здравоохранения. Финансирование системы здравоохранения определяется не реальными потребностями населения, а бюджетными ограничениями регионов, что приводит к межтерриториальному неравенству в доступности медицинской помощи. Децентрализованная структура системы ОМС, в рамках которой Федеральный и территориальные фонды действуют как самостоятельные юридические лица

разных уровней власти, вызывает расплывчатость зон ответственности и отсутствие единого управления.

9. Формирование территориальной программы ОМС объективно требует включения механизма общественного контроля в форме публичных слушаний, которые позволят в большей степени информировать население о порядке формирования этой программы, причинах включения того или иного вида медицинской помощи, как следствие, способствовать повышению правосознания людей и реализации конституционного принципа участия граждан в управлении государством. В данном конкретном случае речь идет о вопросе, имеющем особую общественную значимость и непосредственно затрагивающем права и свободы жителей конкретного субъекта РФ.

10. Обоснована законодательная инициатива по обеспечению баланса представительства в комиссиях по формированию тарифных соглашений в системе ОМС на региональном уровне. Предлагаемое выравнивание состава комиссии за счет включения представителей частного медицинского сектора рассматривается как ключевой механизм общественного контроля, дополняющий уже существующую практику публичных обсуждений территориальных программ. Синергетический эффект от интеграции данных мер - обязательного участия экспертов ФАС России в обсуждениях и обеспечения паритета в комиссии - создаст надёжный многоуровневый механизм, направленный на повышение прозрачности финансовых потоков в системе ОМС и установление действенного публичного контроля за целевым характером расходования средств. Изменения в законодательство будут выглядеть следующим образом: п. 3. Приложения № 1 к приказу Минздрава России № 108н: «В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, СМО и медицинских организаций (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения), представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации».

11. В качестве субъектов государственного контроля за расходованием средств ОМС предлагается рассматривать МЗ РФ, ФОМС как административно-публичную организацию, наделенную отдельными государственными контрольно-надзорными полномочиями, территориальные фонды и страховые медицинские организации. Федеральное казначейство, Счетную палату РФ, контрольно-счетные органы субъектов РФ предлагается рассматривать в качестве обособленных субъектов данного вида контроля. Таким образом, указанный вид государственного контроля носит дуалистичный характер, который, с одной стороны,

определяется непосредственно целевым расходованием выделенных средств, с другой – возможностью получения денежных средств для дальнейшего расходования и находится во взаимосвязи с надлежащим качеством оказываемой медицинской помощи. Дуалистичность также выражается в двухступенчатой системе субъектов выделенного вида государственного контроля. На первой ступени находятся обособленные субъекты, осуществляющие внутренний и внешний финансовый контроль, на второй – непосредственно ФОМС, ТФОМС и СМО.

12. Обособлены «обязательные требования к надлежащему расходованию средств ОМС», под которыми понимаются адресованные юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, имеющим статус ФОМС, СМО или медицинской организации императивные предписания, содержащиеся в нормативных правовых актах, публичных договорах об ОМС, а также иных документах, принимаемых организациями, уполномоченными федеральным органом исполнительной власти (МЗ РФ). Целесообразность выделения такого понятия обусловлена тем, что, поскольку исследуемый вид контроля не выделен в качестве самостоятельного, весь выделенный массив нормативных правовых актов не содержит четкого перечня обязательных требований, подлежащих контролю. Так, ФЗ от 31.07.2020 г. № 247-ФЗ «Об обязательных требованиях» прямо вывел из сферы своего применения обязательные требования, установленные порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, которые содержат обязательные требования в сфере ОМС и подлежат контролю.

13. СМО в настоящее время является по сути излишним посредником, заинтересованным в увеличении числа нарушений в медицинских организациях и экономии средств на оказание медицинской помощи. Институт страховых представителей является неэффективной и затратной надстройкой в системе ОМС, в связи с чем предложено изъять у СМО полномочия по принятию решения о выплатах медицинским организациям за оказанную гражданам медицинскую помощь, о наложении штрафных санкций, ограничив их проведением экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономической экспертизы и медико-экономического контроля. Указанный механизм позволит сконцентрировать оценку результатов оказания медицинской помощи по ОМС исключительно в руках фондов.

14. В перспективе консолидация ключевых полномочий у фондов снизит количество контрольно-надзорных мероприятий, так как результаты экспертиз, направленные в фонды, могут передаваться ими в Росздравнадзор, который учтет их при проведении иного вида контроля – государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, предмет которого во много дублирует предмет контроля за целевым расходованием средств ОМС.

15. Представляется разумным предоставить медицинским организациям возможность самостоятельно распоряжаться частью средств, полученных из фондов ОМС, а именно в размере 10 %.

16. Предлагается рассмотреть внесение в Федеральный закон № 326-ФЗ обстоятельств, которые могут считаться смягчающими при наложении штрафных санкций за нецелевое расходование бюджетных средств. По аналогии с административным законодательством обстоятельствами, смягчающими публично-правовую ответственность медицинских организаций и, как следствие, влекущими снижение штрафных санкций, могут быть тяжелое финансовое положение медицинской организации (наличие кредиторской задолженности), отсутствие иных источников финансирования (либо их крайне низкий уровень), добровольное сообщение о нецелевом расходовании средств ОМС.

17. Административный спор, возникающий между медицинскими организациями и ТФОМС, ФОМС, СМО, носит публично-правовой характер, поскольку непосредственно связан с обеспечением высшей ценности – жизни и здоровья человека, общества в целом - и вытекает из правоотношений, регулирующих распределение публичных финансов, аккумулированных фондами ОМС, через механизм заключения договоров. Договор, заключаемый между ТФОМС, СМО и медицинскими организациями является по своей природе публичным договором.

18. Попытка совместить гражданско-правовую (в части направления претензии) и публично-правовую природу (в части статуса территориальных фондов и страховых медицинских организаций в качестве организаций, наделенных публично-правовыми полномочиями) деятельности субъектов ОМС привело к неопределенности в части разрешения возникающих споров, в связи с чем представляется целесообразным разработать единый системный нормативный правовой акт в развитие положений Федерального закона № 326-ФЗ - административный регламент о порядке рассмотрения споров, - возникающих между субъектами обязательного медицинского страхования, - который определит административно-процессуальную регламентацию рассмотрения спора, виды принимаемых решений, что исключит возможность отказа в обжаловании таких решений в порядке главы 24 АПК РФ. При этом указанный административный регламент не будет затрагивать внешний и внутренний государственный финансовый контроль, поскольку механизм досудебного обжалования уже закреплен Постановлением Правительства РФ от 17 августа 2020 г. № 1237 "Об утверждении федерального стандарта внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля «Правила досудебного обжалования решений и действий (бездействия) органов внутреннего государственного (муниципального) финансового контроля и их должностных лиц».

В рамках исследования были изучены формы финансового контроля, реализуемого в медицинских организациях. Интересными показались выводы Счетной палаты РФ, которые выявили очевидные пробелы в расходовании средств ОМС (в части наличия большого количества административного персонала, по сути, напрямую не оказывающего медицинскую помощь пациентам). Установлено, что в настоящее время нормативные правовые акты, определявшие порядок проведения внутреннего финансового контроля, утратили силу.

Результаты проведенного анализа показали, что практика государственного контроля за расходованием средств ОМС существенно не совпадает в различных странах и зависит прежде всего от модели организации системы здравоохранения. Роль государства в системе охраны здоровья, формировании цен на рынке медицинских услуг, оплате труда медицинских работников зависит от отношения общества к медицинской услуге как к частному или как к общественному благу. Ключевым элементом стабильности систем здравоохранения выступает комплексный охват населения бесплатными медицинскими услугами, исключение дублирования финансовых потоков, рациональное использование ресурсов и обеспечение равного доступа к медицинской помощи. Современная мировая практика демонстрирует, что не существует универсальной модели организации здравоохранения. Ни одно государство не способно полностью финансировать все потребности системы исключительно за счёт бюджетных средств — практически повсеместно используются механизмы частного страхования или долевого участия граждан. При этом каждая страна формирует уникальную систему охраны здоровья, сочетающую профилактику и лечение в соответствии с национальными особенностями, экономическими возможностями и культурно-историческим контекстом.

В настоящее время большинство стран мира не придерживаются строго какой-то одной модели системы здравоохранения, большинство создает свои собственные гибриды, сочетающие элементы нескольких моделей, которые непрерывно совершенствуются. В целом для улучшения систем финансирования здравоохранения продолжается обновление форм, методов и инструментов функционирования страхового рынка в части сегмента медицинского страхования, а также внедрение новых механизмов государственного контроля за расходованием средств ОМС. В РФ в настоящее время важно добиваться не изменения модели финансирования здравоохранения, а существенного увеличения объемов финансирования государственной системы здравоохранения, а в ситуации объективного ограничения финансирования необходимо сосредоточить усилия на повышении эффективности существующей модели государственного контроля за целевым расходованием бюджетных средств, что позволит, с одной стороны, снизить чрезмерную административную нагрузку на хозяйствующие субъекты путем оптимизации процессуальной составляющей контроля, с другой – предоставить хозяйствующим субъектам относительную свободу в расходовании финансовых средств.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ:

1. Артымук, В. А. О некоторых проблемах регулирования государственного финансового контроля за расходованием бюджетных средств в здравоохранении / В. А. Артымук, Д. М. Мустафина-Бредихина // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Экономика и Право. – № 10. – 2023. – С. 103-107.
2. Артымук, В. А. Ответственность медицинских организаций за ненадлежащее расходование бюджетных средств / В. А. Артымук, Д. М. Мустафина-Бредихина // Закон и право. – 2024. – № 3. – С. 51-58.
3. Артымук, В. А. Трансформация реализации принципов охраны здоровья граждан в Российской Федерации: организационный и финансово-правовой аспект / В. А. Артымук, Д. М. Мустафина-Бредихина // Закон и право. – 2023. – № 11. – С. 46-54.
4. Мустафина-Бредихина, Д. М. Порядок и источники финансирования здравоохранения в субъектах Российской Федерации / Д. М. Мустафина-Бредихина, В. А. Артымук // Legal Concept = Правовая парадигма. – 2023. – Т. 22, № 2. – С. 68–74.
5. Мустафина-Бредихина, Д. М. Правовая модель финансирования системы здравоохранения в США / Д. М. Мустафина-Бредихина, В. А. Артымук // Юридическая наука. – 2023. – № 8. – С. 104-110.

2. Главы в руководствах:

6. Артымук, В. А. Нормативно-правовое регулирование первичной доврачебной первичной медико-санитарной помощи по акушерско-гинекологическому профилю / В. А. Артымук // Руководство для акушерок фельдшерско-акушерского пункта / Под ред. члена-корреспондента РАН, профессора В. Е. Радзинского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – Гл. 1. – С. 21-45.
7. Артымук, В. А. Юридическая ответственность врача / В. А. Артымук // Женская консультация : руководство / Под ред. члена-корреспондента РАН, профессора В. Е. Радзинского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – Гл. VIII. – С. 484-496.
8. Артымук, В. А. Юридическая ответственность врача / В. А. Артымук // Женская консультация : руководство для врачей / Под ред. члена-корреспондента РАН, профессора В. Е. Радзинского. – 5-е изд. перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – Гл. VIII. – С. 628-637.

3. Иные публикации:

9. Artymuk, V. A. Legal framework for state financing of health care and social support for motherhood in the Russian Federation and post-Soviet countries / V. A. Artymuk // International Conference "Scientific research of the SCO countries: synergy and integration". Part 1: Participants'

reports in English : Materials of the International Conference, Beijing, September 14, 2019. – Beijing : Scientific publishing house Infinity, 2019. – P. 25-33.

10. Артымук, В. А. Юридическая ответственность врача акушера-гинеколога при дефиците финансирования здравоохранения / В. А. Артымук, Н. В. Артымук // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Материалы конгресса, Москва, 4-7 июня, 2019. – Москва : Меди Экспо, 2018. – С. 4-5.

11. Артымук, В. А. Юридическая ответственность врачей акушеров-гинекологов в ситуации дефицита финансирования здравоохранения / В. А. Артымук // Доказанное и спорное в акушерстве и гинекологии : Материалы научно-практической конференции акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием, Чита, 19-20 марта 2019 года. – Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2019. – С. 11-15.

**Артымук Владимир Анатольевич
(Российская Федерация)**

**ПУБЛИЧНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА
РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

Диссертация представляет собой исследование административно-правовых основ, а также особенностей административно-процедурной регламентации государственного контроля за расходованием средств ОМС в России. Проведен анализ понятийно-категориального аппарата, выделена тождественность понятий «нецелевое» и «ненадлежащее» расходование средств ОМС, а также понятий «расходование» и «использование» средств ОМС. Дано авторское определение «расходование (использование) средств ОМС». Выделен и обособлен децентрализованный вид государственного контроля за расходованием средств ОМС. Проведен исторический анализ развития системы ОМС в России и в ряде зарубежных стран, выявлены преимущества и недостатки этих систем. Изучены формы финансового контроля, реализуемого в медицинских организациях. Предложено вернуться к единому правовому регулированию медицинского страхования как механизму обеспечения граждан медицинской помощью независимо от источника финансирования. Доказана необходимость выравнять состав Комиссии по формированию тарифного соглашения по ОМС в субъектах РФ за счет внесения изменений в законодательство. Обособлены «обязательные требования к надлежащему расходование средств ОМС». Доказано, что институт страховых представителей является неэффективной и затратной надстройкой в системе ОМС, в связи с чем предложено изъять у СМО полномочия по принятию решения о выплатах медицинским организациям за оказанную гражданам медицинскую помощь и наложению штрафных санкций, ограничив их проведением экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономической экспертизы и медико-экономического контроля. Предложено предоставить медицинским организациям возможность самостоятельно распоряжаться частью средств, полученных из фондов ОМС, а именно в размере 10 %. Доказано, что в РФ в настоящее время важно добиваться не изменения модели финансирования здравоохранения, а существенного увеличения объемов финансирования государственной системы здравоохранения, а в ситуации объективного ограничения финансирования следует сосредоточить усилия на повышении эффективности существующей модели государственного контроля за целевым расходованием бюджетных средств. Сформулированы предложения по внесению изменений в ФЗ N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010, а также по разработке новых нормативных правовых актов, регламентирующих государственный контроль за расходованием средств ОМС в России.

**Artymuk Vladimir Anatolyevich
(Russian Federation)**

**PUBLIC-LEGAL REGULATION OF GOVERNMENT CONTROL OVER THE
SPENDING OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE FUNDS IN RUSSIA**

This dissertation explores the administrative and legal foundations, as well as the specifics of administrative and procedural regulation, of state control over the expenditure of compulsory medical insurance funds in Russia. The author analyzes the conceptual and categorical apparatus, highlighting the similarity between the concepts of “inappropriate” and “improper” expenditure of compulsory medical insurance funds, as well as between the concepts of “expenditure” and “use” of compulsory medical insurance funds. A unique definition of “expenditure (use) of compulsory medical insurance funds” is provided. A decentralized form of state control over the expenditure of compulsory medical insurance funds is identified and differentiated. A historical analysis of the development of the compulsory medical insurance system in Russia and several foreign countries is conducted, revealing the advantages and disadvantages of these systems. The forms of financial control implemented in medical organizations are examined. A return to unified legal regulation of medical insurance as a mechanism for providing citizens with medical care, regardless of the source of funding, is proposed. The need to align the composition of the Commission for the Formation of Tariff Agreements on Compulsory Medical Insurance in the constituent entities of the Russian Federation through amendments to legislation is demonstrated. “Mandatory requirements for the proper use of compulsory medical insurance funds” are defined. It is proven that the institution of insurance representatives is an ineffective and costly addition to the compulsory medical insurance system. Therefore, it is proposed to remove from insurance companies the authority to decide on payments to medical organizations for medical care provided to citizens and to impose penalties, limiting these powers to conducting assessments of the quality of medical care, medical-economic assessments, and medical-economic control. It is also proposed to grant medical organizations the ability to independently manage a portion of the funds received from compulsory medical insurance funds—namely, 10%. It is demonstrated that, in the Russian Federation, it is currently important not to change the healthcare financing model, but to significantly increase funding for the state healthcare system. In a situation of objective funding constraints, efforts should be focused on improving the effectiveness of the existing model of state oversight of the targeted use of budget funds. Proposals have been formulated to amend Federal Law No. 326-FL “On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation” dated November 29, 2010, as well as to develop new regulatory legal acts governing state control over the expenditure of compulsory medical insurance funds in Russia.